

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
MESTRADO EM EDUCAÇÃO ESCOLAR BRASILEIRA

ÓBVIO OU OBSCURO:
estudo das representações sociais dos alunos dos cursos de
Medicina e Odontologia da UFG, acerca de suas profissões.

MARIA GORETTI QUEIROZ

Dissertação elaborada com a orientação da Prof^a Dr^a Anita C. Azevedo Resende para obtenção do título de Mestre, junto ao Mestrado em Educação Escolar Brasileira da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Goiás.

Goiânia, julho de 1997

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
MESTRADO EM EDUCAÇÃO ESCOLAR BRASILEIRA

ÓBVIO OU OBSCURO:
estudo das representações sociais dos alunos dos cursos de Medicina e
Odontologia da UFG, acerca de as suas profissões.

MARIA GORETTI QUEIROZ

Dissertação elaborada com a orientação
da Prof^a Dr^a Anita C. Azevedo Resende
para obtenção do título de Mestre,
junto ao Mestrado em Educação Escolar
Brasileira da Faculdade de Educação da
Universidade Federal de Goiás.

Goiânia, julho de 1997

COMISSÃO JULGADORA

Alfonso Lopez

msle

[Signature]

*“E aquilo que nesse momento se revelará aos povos
surpreenderá a todos não por ser exótico
mas pelo fato de poder ter sempre
estado oculto quando terá sido o óbvio”*

Um índio
Caetano Veloso

DEDICATÓRIA

- às pessoas que eu sempre amei: meus pais, irmãos, filhos: Bel e Tales e o meu Maurinho
- aos aprendizes, que através de suas utopias ousam construir um mundo melhor.

AGRADECIMENTOS

Ao longo desse caminho percorrido, que culmina com a elaboração dessa dissertação, várias pessoas se fizeram importantes e outras já eram importantes. Nomeá-las seria uma tarefa longa e exaustiva, e talvez eu pecasse pelo esquecimento. Mas algumas, pela história que construímos juntos nesses momentos de dúvida, angústia e muita descoberta, faz-se necessário citá-las.

Uma dessas pessoas especiais é a minha orientadora, Prof^a Dr^a Anita C. Azevedo Resende, por ter-me aceito como orientanda, e, conseqüentemente depositado confiança em mim, julgando-me capaz de corresponder a sua enorme capacidade intelectual. A forma com que a minha orientação foi conduzida, permitiu-me crescer e tornar-me mais confiante e independente intelectualmente. Por isso e pelo carinho, meus agradecimentos.

Às minhas colegas que se tornaram amigas: Dr^a Edith, Silvana, Nilce, Marilene, Graça, Simei, Margarida e Daise com as quais compartilhei não somente a experiência de mestranda, mas, "*a dor e a delícia*" de sermos esposas-mães-donas de casa. E aos colegas e amigos João Batista e Rosolindo Neto, com quem compartilhamos alegrias, insônias, incertezas, lamentos e também vitórias: já sinto saudades!

Aos meus pais: Ismael e Benedita, que sempre acreditaram em mim, e me dedicam muito amor. A minha irmã e amiga Márcia, meu anjo da guarda. Dedico a vocês um amor muito especial.

Aos meus pequeninhos e doces filhos, Bel e Tales, que com seus sorrisos e beijinhos souberam aplacar as minhas incertezas, angústias e apreensões, compreendendo a minha falta de tempo e dedicação em alguns momentos que precisariam ser preenchidos com brincadeiras. Vocês simbolizam a minha vontade e a esperança nesse mundo.

Às minhas queridas Rosália e Kelly, pelo incentivo.

Às professoras da Disciplina de Odontologia Social Vânia e Maria do Carmo, à Daís, Marília Avelino e ao Márcio, companheiros de sonhos e

batalhas juntos, ousamos discutir e construir um ensino que contemple a formação de profissionais voltados para a sociedade.

Às amigas Edith, Nilce e Marília Avelino, pela disposição de lerem o meu trabalho e enriquecê-lo, através de suas sugestões e críticas.

Às professoras do Mestrado em Educação Escolar Brasileira, Dr^a Maria Hermínia S. Domingues e Dr^a Marília Gouveia de Miranda pela participação na banca de qualificação. Através das leituras criteriosas conseguiram apontar caminhos que contribuíram para a construção desse trabalho. Um reconhecimento especial à prof^a Dr^a Marília Gouveia de Miranda pela competência como professora e, principalmente, pelas observações feitas ao projeto inicial dessa dissertação, através das quais eu pude descobrir as possibilidades dos vários caminhos a seguir.

À prof^a Dr^a Ana Káritas, que constitui, para mim, um exemplo de professora. Aos professores do MEEB, Prof^a Dr^a Maria Teresa Canesin, Prof^a Dr^a Milca Severino Pereira, Prof. Dr. José Luiz Domingues.

Aos alunos dos cursos de Medicina e Odontologia, que responderam ao questionário, bem como aos professores que oportunizaram este encontro, sem os quais este trabalho não poderia ter sido elaborado.

E a todos que, de forma direta ou indireta, me ajudaram neste desafio.

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo identificar as representações sociais dos alunos dos cursos de Medicina e Odontologia da Universidade Federal de Goiás, matriculados o ano letivo de 1996, acerca do “mercado de trabalho”, “especialização” e incremento da “participação feminina” no mercado de trabalho na área da saúde. Para tanto foi construído um questionário que possibilitasse acessar esses dados. A amostra foi constituída de 145 alunos, aproximadamente 15% dos alunos matriculados em ambos os cursos. Concluiu-se que os alunos possuem uma visão fragmentada do mercado de trabalho na área da saúde e não identificam o assalariamento da profissão como tendência; encaram a especialização como uma característica da prática profissional. Ainda, identificam a discriminação sexual do trabalho feminino nas profissões que escolheram, porém de forma parcial e fragmentada. Na escolha da especialização pelos alunos, evidencia-se, como suposto, que a inserção da mulher neste mercado de trabalho se dá de forma qualitativamente distinta. Os dados apontam que o ensino dessas práticas é uma variável importante na consolidação dessas concepções, visto que os alunos das últimas séries de ambos os cursos apresentam uma tendência a serem mais aderentes às visões mais difundidas acerca das categorias pesquisadas. Essas concepções que sustentam e mantêm o atual modelo de ensino e prática profissional na saúde necessitam ser superadas como formas de, no limite, manter as profissões dotadas de autonomia e “*status*”. A formação de profissionais que dominem essa realidade consiste em uma das formas de superação.

ABSTRACT

This dissertation aims at identifying social representations students attending the 1996's Courses of Medicine and Odontology at Universidade Federal de Goiás have in terms of "labour market", "specialization courses" and incrementation of "female participation" in the labour market in the Health Area. To access these data a questionnaire was applied to 145 students who represent approximately 15% of the total amount of students attending both Courses. These data lead to the conclusion that students have a fragmented view of labour market in the Health Area; that they do not realize their profession has been facing a tendency of decrease in salary; that they view specialization Courses as an ordinary characteristic of practice; that their perception of sexual prejudice against the female work they have chosen is parcial and fragmented. It is also noticed that, is supposed, in their choise for specialization the performance of women is qualitatively distinct. The data show that teaching of these practices is an important variable to the consolidation of these conceptions, for the students attending the last semesters of both Courses present a tendency of being more like to adopt the concepts spread about the categories searched. Nevertheless, these conceptions which sustain and maintain the present paradigm of professional teaching and practicing in the Health Area need to be overcome as a means of at least, maintaining the autonomy and status of the professions. The education of professionals who dominate this reality is one of the ways of overcoming these misconceptions.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	20
A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO	22
1.1. Aspectos Metodológicos	41
1.2 - Caracterização da amostra	46
O MERCADO DE TRABALHO E ESPECIALIZAÇÃO NA ÁREA MÉDICA	55
2.1 - A representação social dos alunos sobre o mercado de trabalho na área médica	64
2.1.1 - A representação social dos alunos sobre o conceito de profissão liberal	70
2.1.2 - A representação social dos alunos sobre o prestígio da profissão	78
2.1.3 - A representação social dos alunos sobre autonomia técnica e econômica	83
2.2 - Reaproximando da representação social dos alunos sobre o mercado de trabalho	91
2.3 - Representação social dos alunos sobre a especialização na área médica	96
2.3.1. Motivos da escolha da especialização	96
2.3.2. Discutindo a representação social dos alunos sobre a especialização	101
INCREMENTO DA PARTICIPAÇÃO FEMININA NO MERCADO DE TRABALHO NA ÁREA DA SAÚDE	114
3.1 - Representação social dos alunos sobre a participação feminina no mercado de trabalho	122
3.2 - Representação social dos alunos sobre as profissões consideradas femininas	137
3.3 - Representação social dos alunos sobre as consideradas especializações femininas	149
CONSIDERAÇÕES FINAIS	155
BIBLIOGRAFIA	163
ANEXOS	169
1. Lista de Quadros	170
2. Lista de tabelas	173
3. Instrumento de coleta de dados	201

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1.1 - Distribuição dos acadêmicos e da amostra do Curso de Medicina por série e sexo. UFG, 1996	47
TABELA 1.2 - Distribuição dos acadêmicos e amostra do Curso de Odontologia por série e sexo. UFG, 1996.....	48
TABELA 1.3 - Distribuição dos alunos por curso, sexo e faixa etária. UFG, 1996.....	49
TABELA 1.4 - Distribuição dos alunos por curso e sexo segundo informação acerca da existência de parentes na mesma profissão. UFG, 1996.....	51
TABELA 1.5 - Frequência de leitura dos alunos pesquisados de ambos os cursos. UFG, 1996.....	52
TABELA 2.1 - Distribuição das respostas dos alunos acerca dos motivos da escolha profissional por curso e sexo. UFG, 1996.....	66
TABELA 2.2 - Profissão liberal X exercício autônomo da profissão por curso, sexo e geral. UFG, 1996.....	73
TABELA 2.3 - Aderência dos alunos ao conceito de profissão liberal por curso, série e sexo. UFG, 1996.....	77
TABELA 2.4 - Aderência dos alunos à representação social acerca do conceito de autonomia profissional por curso, série e sexo. UFG, 1996.....	89
TABELA 2.5 - Distribuição percentual dos motivos de escolha da especialidade por curso, série e sexo. UFG, 1996.....	100
TABELA 3.1 - Distribuição percentual das respostas acerca do incremento da participação feminina no mercado de trabalho por curso e sexo. UFG, 1996.....	119
TABELA 3.2 - Aderência dos alunos à representação social acerca do incremento da participação feminina por série e sexo. UFG, 1996.....	121
TABELA 3.3 - questões relativas a discriminação sexual do trabalho tendo em vista a jornada e rendimento por curso, série e sexo. UFG, 1996.....	128
TABELA 3.4 - Incremento da participação feminina nas profissões e desvalorização profissional. Opinião dos alunos por curso e sexo. UFG, 1996.....	136
TABELA 3.5 - Distribuição percentual das respostas acerca do conceito de profissões femininas por curso, série e sexo. UFG, 1996.....	138

TABELA 3.6 - Distribuição percentual da opinião do aluno sobre as características de uma especialização considerada masculina por curso, série e sexo. UFG, 1996.....	139
TABELA 3.7 - Características da profissão masculina por curso, série e sexo. UFG, 1996.....	141
TABELA 3.8 - Nível de concordância do aluno com a afirmação de que a Medicina não constitui uma profissão adequada para as mulheres, por curso, sexo. UFG, 1996.....	143
TABELA 3.9 - Aderência dos alunos à representação social do conceito de profissões femininas por curso, série e sexo. UFG, 1996.....	147
TABELA 4.1 - Frequência das respostas dos alunos dos Cursos de Medicina e Odontologia relativas à afirmação de que o curso lhes proporciona uma visão adequada sobre o mercado de trabalho profissional. UFG, 1996.....	158
TABELA 5.1 - Distribuição dos alunos segundo faixa etária por curso, série e sexo. UFG, 1996.....	173
TABELA 5.2 - Distribuição dos alunos de acordo com a informação da existência de parentes na mesma profissão e grau de parentesco. UFG, 1996.....	173
TABELA 5.3 - Distribuição dos alunos segundo curso e sexo e quantidade de parentes na mesma profissão. UFG, 1996.....	173
TABELA 5.4 - Frequência de leitura da amostra pesquisada por curso, série e sexo. UFG, 1996.....	174
TABELA 5.5 - Frequência das respostas relativas a aos motivos da escolha profissional. UFG, 1996.....	174
TABELA 5.6 - Distribuição das respostas dos alunos acerca dos motivos da escolha profissional por curso, série e sexo. UFG, 1996.....	175
TABELA 5.7 - Distribuição percentual das questões acerca do mercado de trabalho por curso, sexo UFG, 1996.....	175
TABELA 5.8 - Frequência percentual das respostas relativas ao mercado de trabalho. UFG, 1996.....	177
TABELA 5.9 - Aderência dos alunos à representação social sobre mercado de trabalho por curso, série e sexo. UFG, 1996.....	177
TABELA 5.10 - Aderência dos alunos à representação social sobre mercado de trabalho por curso e sexo. UFG, 1996.....	177
TABELA 5.11 - Distribuição percentual das respostas acerca do conceito de profissão liberal. UFG, 1996.....	178

TABELA 5.12 - Distribuição percentual das respostas acerca do conceito de profissão liberal por curso e sexo. UFG, 1996.....	178
TABELA 5.13- Distribuição percentual das respostas acerca do conceito de profissão liberal por curso, série e sexo. UFG, 1996.....	178
TABELA 5.14 - Distribuição percentual das questões acerca do conceito de profissão liberal por curso, série e sexo. UFG, 1996.....	179
TABELA 5.15 - Aderência dos alunos à representação social do conceito de profissão liberal por curso e sexo. UFG, 1996.....	180
TABELA 5.16- Distribuição percentual das respostas relativas ao conceito de prestígio profissional por curso, série e sexo. UFG, 1996.....	180
TABELA 5.17- Aderência dos alunos à representação social do conceito de prestígio profissional por curso, série e sexo. UFG, 1996.....	181
TABELA 5.18- Aderência dos alunos à representação social do conceito de prestígio profissional por curso e sexo. UFG, 1996.....	181
TABELA 5.19 - Distribuição percentual, por questão, acerca do conceito de prestígio profissional por curso, série e sexo. UFG, 1996.....	181
TABELA 5.20 - Distribuição percentual do conceito de autonomia profissional por curso, série e sexo. UFG, 1996.....	182
TABELA 5.21 - Distribuição percentual, por questão, acerca do conceito de autonomia profissional por curso, série e sexo. UFG, 1996.....	183
TABELA 5.22 - Aderência dos alunos à representação social acerca do conceito de autonomia profissional por curso e sexo. UFG, 1996.....	185
TABELA 5.23 - Distribuição percentual acerca da intenção dos alunos de se especializarem após a graduação por curso, série e sexo. UFG, 1996.....	185
TABELA 5.24 - Distribuição percentual das respostas acerca da especialização por curso, série e sexo. UFG, 1996.....	185
TABELA 5.25 - Distribuição percentual, por questão, acerca da especialização na área médica, por curso, série e sexo. UFG, 1996.....	186
TABELA 5.26 - Distribuição percentual das especialidades escolhidas, classificando-as em clínicas, cirúrgicas e complementares por curso e sexo. UFG, 1996.....	187
TABELA 5.27 - Distribuição percentual, por questão, acerca da representação social sobre especialização na área médica por curso e sexo. UFG, 1996.....	188
TABELA 5.28 - Aderência dos alunos à representação social acerca da especialização na área médica por curso série e sexo. UFG, 1996.....	189
TABELA 5.29 - Aderência dos alunos à representação social acerca	

da especialização na área médica por curso e sexo. UFG, 1996.....	190
TABELA 5.30 - Distribuição percentual , por questão, acerca do incremento da participação feminina por curso e sexo. UFG, 1996.....	190
TABELA 5.31 - Aderência dos alunos à representação social sobre o incremento da participação feminina por curso e sexo UFG, 1996.....	192
TABELA 5.32 - Aderência dos alunos à representação social sobre o incremento da participação feminina por faixa etária. UFG, 1996.....	192
TABELA 5.33 - Distribuição percentual das respostas acerca da participação feminina no mercado de trabalho por curso, série e sexo. UFG, 1996.....	193
TABELA 5.34 - Distribuição percentual por questão acerca da participação feminina no mercado de trabalho por curso, série e sexo. UFG, 1996.....	193
TABELA 5.35 - Aderência dos alunos à representação social sobre participação feminino no mercado de trabalho por curso, série e sexo. UFG, 1996.....	194
TABELA 5.36 - Aderência dos alunos à representação social sobre participação feminino no mercado de trabalho por curso e sexo. UFG, 1996.....	195
TABELA 5.37 - Aderência dos alunos à representação social sobre o incremento da participação feminina por faixa etária. UFG, 1996.....	195
TABELA 5.38 - Distribuição percentual das respostas acerca do conceito profissão feminina por curso, série e sexo. UFG, 1996.....	195
TABELA 5.39 - Aderência dos alunos à representação social sobre o conceito de profissão feminina por curso e sexo. UFG, 1996.....	196
TABELA 5.40 - Distribuição percentual das questões relativas ao conceito de profissão feminina por curso, série e sexo. UFG, 1996.....	196
TABELA 5.41 - Distribuição das especialidades escolhidas pelos acadêmicos por curso e sexo. UFG, 1996.....	197
TABELA 5.42 - Distribuição dos cirurgiões-dentistas, inscritos no CRO por especialidade e sexo. Goiás, 1996.....	198
TABELA 5.43 - Distribuição dos cirurgiões-dentistas, inscritos no CRO por tipo de especialidade e sexo. Goiás, 1996.....	198
TABELA 5.43 - Frequência das respostas relativas à avaliação do seu curso feita pelos alunos dos Cursos de Medicina e Odontologia. UFG, 1996.....	199
TABELA 5.45 - Frequência das respostas dos alunos dos Cursos de Medicina e Odontologia relativas ao contato com o paciente proporcionado pelo curso. UFG, 1996.....	199

TABELA 5.46 - Frequência das respostas dos alunos se ambos os cursos
sobre as matérias do ciclo básico. UFG, 1996.....199

TABELA 5.47 - Frequência das respostas dos alunos se ambos os cursos
sobre as matérias do ciclo básico por curso, série e sexo.....200

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Frequência dos principais motivos de escolha profissional, por curso e sexo. UFG, 1996.....	67
GRÁFICO 2 - Percentual de concordância com o conceito de profissão liberal. UFG, 1996.	72
GRÁFICO 3 - Nível de aderência dos alunos à representação social acerca do conceito de profissão liberal. UFG, 1996.....	76
GRÁFICO 4 - Opinião do aluno sobre o prestígio das profissões que escolheram. UFG, 1996.....	80
GRÁFICO 5 - Demonstrativo das questões relativas ao prestígio profissional (questão 14) X salário profissional (questão 24). UFG, 1996	81
GRÁFICO 6 - Nível de aderência dos alunos à representação social acerca do prestígio profissional, por sexo. UFG, 1996.	82
GRÁFICO 7 - Nível de concordância com o conceito de autonomia profissional UFG, 1996.	86
GRÁFICO 8 - Questões relativas ao conceito de autonomia profissional. UFG, 1996	88
GRÁFICO 9 - Nível de concordância com as representações sociais sobre o mercado de trabalho na área da saúde. UFG, 1996	92
GRÁFICO 10 -Aderência dos alunos à representação social acerca do mercado de trabalho, por curso e sexo. UFG, 1996.....	93
GRÁFICO 11 -Aderência dos alunos à representação social acerca do mercado de trabalho, por curso, série e sexo.	94
GRÁFICO 12 - Nível de concordância dos alunos com os conceitos abordados. UFG, 1996	95
GRÁFICO 13 - Aderência dos alunos às representações sociais pesquisadas. UFG, 1996	95
GRÁFICO 14 -Nível de concordância dos alunos com as questões referentes à especialização. UFG, 1996.....	104
GRÁFICO 15 -Nível de concordância do aluno com a idéia da especialização como forma do profissional adquirir maior segurança após a graduação, por curso, série e sexo. UFG, 1996.....	106
GRÁFICO 16 -Nível de concordância do aluno com a idéia da especialização como decorrência da amplitude do conhecimento na área, por curso, sexo e série. UFG, 1996.....	107
GRÁFICO 17 -Demonstrativo da opinião do aluno sobre a relação entre especialização e acesso do paciente, por curso série e sexo. UFG, 1996.....	109
GRÁFICO 18 -Nível de concordância do aluno com a relação da especialização com a facilidade de inserção profissional no mercado de trabalho, por curso, série e sexo. UFG, 1996.....	111
GRÁFICO 19 - Aderência dos alunos à representação social sobre a especialização. UFG, 1996.....	112
GRÁFICO 20 - Aderência dos alunos à representação social sobre a participação feminina no mercado de trabalho, por	

	curso e sexo. UFG, 1996	120
GRÁFICO 21	-Nível de concordância dos alunos em relação à representação social acerca da participação feminina no mercado de trabalho, por curso e série. UFG, 1996.....	124
GRÁFICO 22	-Distribuição das respostas dos alunos acerca da mulher ocupar a mesma quantidade de postos de trabalho do que o homem, por curso, série e sexo. UFG, 1996.....	125
GRÁFICO 23	-Distribuição das respostas dos alunos sobre a mulher ocupar a mesma quantidade de postos de trabalho do que o homem, por curso e sexo. UFG, 1996.....	126
GRÁFICO 24	-Distribuição das respostas dos alunos sobre a discriminação sexual do trabalho, tendo em vista a jornada e o rendimento, por sexo. UFG, 1996.....	127
GRÁFICO 25	-Distribuição da opinião dos alunos sobre a frequência igual de exercício profissional na forma liberal entre ambos os sexos, por curso, série e sexo. UFG, 1996.....	129
GRÁFICO 26	-Opinião do aluno do curso de Medicina da 1ª série, do sexo masculino, sobre discriminação sexual do trabalho feminino em relação à quantidade de postos de trabalho, exercício liberal, jornada de trabalho e rendimento. UFG, 1996.....	130
GRÁFICO 27	-Opinião da aluna da 1ª série do curso de Medicina sobre discriminação sexual do trabalho feminino em relação à quantidade de postos de trabalho, exercício liberal, jornada de trabalho e rendimento. UFG, 1996.....	131
GRÁFICO 28	-Opinião do aluno da 6ª série do curso de Medicina do sexo masculino, sobre discriminação sexual do trabalho feminino em relação à quantidade de postos de trabalho, exercício liberal, jornada de trabalho e rendimento. UFG, 1996.....	132
GRÁFICO 29	-Opinião da aluna da 6ª série do curso de Medicina sobre a discriminação sexual do trabalho feminino em relação à quantidade de postos de trabalho, exercício liberal, jornada de trabalho e rendimento. UFG, 1996.....	132
GRÁFICO 30	-Opinião da aluna da 5ª série do curso de Odontologia sobre a discriminação sexual do trabalho feminino em relação à quantidade de postos de trabalho, exercício liberal, jornada de trabalho e rendimento. UFG, 1996.....	133
GRÁFICO 31	-Opinião da aluna da 1ª série do curso de Odontologia sobre a discriminação sexual do trabalho feminino em relação à quantidade de postos de trabalho, exercício liberal, jornada de trabalho e rendimento. UFG, 1996.....	133
GRÁFICO 32	-Opinião dos alunos sobre o incremento feminino na Medicina e Odontologia e mudança no prestígio dessas profissões, por curso, série e sexo. UFG, 1996.....	135
GRÁFICO 33	-Nível de aderência dos alunos à representação social sobre a participação feminina no mercado de trabalho, por curso, série e sexo. UFG, 1996.....	137
GRÁFICO 34	-Opinião do aluno em relação aos atributos de uma profissão ideal para as mulheres, por curso, série e sexo. UFG, 1996.....	140
GRÁFICO 35	-Opinião do aluno sobre profissão masculino, isto é, exige espírito de liderança e permite o sustento da família, por curso e sexo. UFG, 1996.....	142

GRÁFICO 36 -Nível de concordância do aluno com a afirmação de que a Medicina constitui uma profissão inadequada para as mulheres, por curso, série e sexo. UFG, 1996.....	143
GRÁFICO 37 -Nível de concordância do aluno com a afirmação de que a Odontologia é uma profissão adequada para as mulheres, por curso e sexo. UFG, 1996.....	144
GRÁFICO 38 - Aderência dos alunos à representação social acerca do conceito de profissões femininas, por curso e sexo. UFG, 1996.....	146
GRÁFICO 39 - Aderência dos alunos à representação social sobre o incremento da participação feminina no mercado de trabalho na área da saúde, por faixa etária. UFG, 1996.....	148
GRÁFICO 40 -Distribuição dos tipos de especialidades escolhidas pelos homens que cursam Medicina. UFG, 1996.....	149
GRÁFICO 41 -Distribuição dos tipos de especialidades escolhidas pelas mulheres que cursam Medicina. UFG, 1996.....	150
GRÁFICO 42 -Distribuição dos tipos de especialidades escolhidas pelos homens que cursam Odontologia. UFG, 1996.....	151
GRÁFICO 43 -Distribuição dos tipos de especialidades escolhidas pelas mulheres que cursam Odontologia. UFG, 1996.....	151
GRÁFICO 44 -Opinião do aluno sobre o curso que frequenta. UFG, 1996.....	159

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO I - Questões referentes ao mercado de trabalho na área da saúde.....	170
QUADRO II - Questões relativas à especialização na área médica.....	171
QUADRO III - Questões relativas ao incremento da participação feminina no mercado de trabalho na área médica.....	172
QUADRO IV - Questões relativas ao conceito de profissão liberal.....	71
QUADRO V - Questões que formam o conceito de prestígio profissional.....	79
QUADRO VI - Questões relativas ao conceito de autonomia profissional.....	85
QUADRO VII - Questões referentes à especialização na área médica.....	104
QUADRO VIII - Questões relativas ao conceito de participação feminina no mercado de trabalho na área da saúde.....	123
QUADRO IX - Questões relativas ao conceito de profissão feminina	138

APRESENTAÇÃO

Durante este estudo uma pergunta que sempre se fez presente foi: esta pesquisa é uma constatação do óbvio? Mas o que é o óbvio quando a realidade em que vivemos não se dá a conhecer imediatamente? Mas o que é o óbvio no exercício cotidiano de tentar ir além das aparências? É, portanto, o pensamento científico que nos permite questionar a aparência e descortinar sua obscuridade.

A todo o momento, a sociedade mostra, por um lado, a necessidade de mudanças do modelo de prática profissional na área médica, através de denúncias que vão desde condutas que caracterizam erros profissionais, até os comportamentos anti-éticos destes. Por outro lado, os profissionais são formados sem um conhecimento real das condições de trabalho

que necessariamente deverão enfrentar. O ensino, especificamente na área médica, é considerado alienado da realidade epidemiológica e social da nossa população, promovendo um distanciamento entre a prática “possível” e a “ideal” destas profissões. Para o indivíduo que é formado conhecendo as técnicas de cura mais sofisticadas, esta prática possível torna-se extremamente frustrante. O embate capital x trabalho torna-se cada vez mais real no mercado de trabalho em que ele está se inserindo, apesar da sua formação estar voltada para um profissional liberal.

Portanto, são essas condições reais e concretas que determinam a forma de se inserir no mercado e, no limite, representar as profissões em estudo, ou seja, a Medicina e Odontologia. Estudar as representações sociais dos alunos dos cursos de Odontologia e Medicina da UFG, justifica-se pelas afirmações de Campos

“(.....) a estrutura dos serviços de saúde no Brasil apresenta história de desenvolvimento, mecanismos de financiamento e características de funcionamento decorrentes de um mesmo processo de capitalização do setor e de um perfil semelhante de intervenção do Estado. Fatos estes que desenvolveram características comuns tendentes a se sobreporem aos regionalismos. criando com isto mais identidade do que diferenças entre as várias regiões brasileiras, inclusive no que se refere à estruturação do mercado de trabalho médico” (1988 : 46).

A representação do grupo social contém mecanismos de ocultação ou desvelamento da realidade. Este estudo tem como objetivo, ao confrontar estas duas dimensões da realidade concreta, buscar apreender alguns dos seus nexos constitutivos.

A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

A análise conjuntural do mercado de trabalho é a base sobre a qual se assenta uma grande parte das pesquisas sobre recursos humanos na área da saúde. Segundo Silva, (1993) até a década de 60 essas pesquisas tinham uma forte tônica pedagógica, enfocando questões relativas à formação profissional, aspectos curriculares e tecnologia educacional. Geralmente, eram trabalhos descritivos centrados em dados sobre evolução, oferta e distribuição geográfica e institucional dos profissionais da saúde. Trata-se de um período onde se observa, além da carência de profissionais da área de saúde, um desconhecimento da realidade dos mesmos, especialmente no que diz respeito à sua formação, configuração, quantificação e distribuição no mercado. Estudos que possibilitassem o conhecimento e viabilizassem o planejamento em saúde,

como já apontava, em 1972, o Plano Decenal Para as Américas (Gonçalves, 1996), eram necessários.

Já nas décadas de 70 e 80, os trabalhos acerca do mercado de trabalho se deslocaram basicamente sobre dois eixos: a organização social da prática médica, entendida enquanto prática de saúde, e a análise da força de trabalho em saúde. No geral, algumas características importantes podem ser ressaltadas nesses estudos: os aspectos econômicos, tecnológicos e político-ideológicos, que configuram o mercado e passam a constituir o ponto de partida das análises; os trabalhadores de saúde passam a ser vistos como força de trabalho (Silva, 1993); a saúde passa a ser analisada na relação com a sociedade; as determinações sociais do processo saúde / doença passam a constituir uma linha de pesquisa. No limite, tanto os que estudam o mercado de trabalho, do ponto de vista da sua organização social, quanto da força de trabalho, apontam para a necessidade da formação de recursos humanos aptos a intervirem também nos condicionantes sociais do processo saúde / doença. A polêmica sobre essa formação, para o mercado ou a sociedade, ficaria como um legado e até hoje perpassa os discursos sobre o tema.

No Brasil, um dos trabalhos pioneiros sobre o mercado de trabalho na área médica, enfocando a organização social da prática, foi realizado por Donnangelo, no início da década de 70 e publicado em 1976: Medicina e Sociedade: o médico e seu mercado de trabalho. Nesse estudo, que teve como população alvo os médicos da Grande São Paulo, a autora constatou que 28% dos médicos pesquisados eram exclusivamente assalariados e que, dos 72% restantes, 83,4% também eram assalariados, ou seja, conjugavam o exercício liberal da profissão com o assalariamento.

Nogueira (1986), ao estudar a dinâmica do mercado de trabalho na área da saúde, constatou que ao longo da década de 70 o número de profissionais com situação de autonomia decresceu de 42,8% para 33,6%. Este decréscimo, foi atribuído ao crescimento do setor privado lucrativo, não

somente pela demanda que ele foi capaz de criar, mas “(...) *por fixar certos padrões de compra e venda da força de trabalho mais qualificado: por exemplo, generalizou o uso do salário mínimo de médicos e de seu emprego em tempo parcial*”(Nogueira, 1986:26). Formas, até então, pouco usuais de organização do trabalho médico.

A Odontologia, apesar de se constituir numa sub-especialidade da Medicina, adquiriu - ao longo de sua trajetória - “*status*” de profissão (Freidson, 1978). Como uma profissão, possui e controla um sistema de conhecimento técnico e doutrinas que exigem um treinamento específico para aqueles que os queiram dominar ; exerce o controle sobre os seus membros através de normas profissionais; está referida a um conhecimento produzido que tem como finalidade prestar serviços a uma clientela mediante salário ou pagamento definido (Santos, 1995).

O fenômeno do assalariamento, entre os cirurgiões-dentistas, segundo Girardi, vem se acentuando. Isso se explicita com o aumento da oferta de postos de serviço nos estabelecimentos de saúde. Segundo o mesmo autor, em 1982 esses “(...) *perfaziam 4% da demanda global do conjunto dos estabelecimentos médicos-sanitários, representando, depois dos empregos médicos, a categoria de empregos mais numerosos, dentre as universitárias.*” (Girardi, 1986:12)

Estimativa feita por Pinto (1993) aponta que havia, em 1989, 40.581 postos de serviços¹ ocupados por cirurgiões-dentistas no Brasil e, em 1995 esse número aumentou para 45.000 (Pinto, 1996). A relação de emprego por profissional no Brasil, segundo o mesmo autor, é de um emprego para cada dois profissionais, e, ainda que este índice seja variável segundo cada região, na região Centro-Oeste ele se mantém.

¹ Vitor G. Pinto explica que estes postos de serviços estão distribuídos nas diversas instituições de setor público, bem como nos serviços por ele denominado de paraoficiais, como: SESC, SESI. Ressalta que só se pode falar em postos de trabalho para o cirurgião-dentista e não no número de profissionais nessa atividade, visto que o mesmo profissional pode ocupar mais de um desses postos.

Os dados apresentados por Machado e cols. (1992) demonstram que no período de 1966 a 1974 a taxa de crescimento de médicos e cirurgiões-dentistas ocupados em hospitais foi de 8,22% e 5,97% ao ano, respectivamente. A expansão do número de médicos foi além da prevista inicialmente pelo sistema nacional de planejamento:

É verdade que vários fatores, como a pressão social-estudantil por mais vagas universitárias e as facilidades oferecidas na criação de escolas de Medicina foram os principais fatores responsáveis pela expansão. É verdade, também, que o novo sistema de saúde que se formava no país demandava um maior número destes profissionais, o que exercia influência no direcionamento do mercado de trabalho médico. Mas deve-se destacar que a "sobreproporção" de médicos e sua concentração desigual com relação a outros profissionais podem ter afetado negativamente a estrutura de organização dos serviços de saúde no Brasil (p.36)

A dimensão da sobre-oferta na área médica condiciona não somente uma situação de pletora profissional, mas gera uma demanda do segmento profissional. Essa demanda promove pressão junto ao sistema prestador de serviços de saúde pública. O seu atendimento inviabiliza um planejamento adequado de alocação de recursos humanos de saúde de nível superior, obedecendo idealmente o critério de necessidade da população.

Paim (1991) lembra que no período 1974 a 1988, foram criados 75.000 empregos médicos, enquanto no mesmo período formaram 57.000 novos médicos. O autor ressalta que eles aliam à situação de assalariamento a atividade autônoma e liberal da profissão. Nesse artigo discute-se o crescente aumento do contingente profissional da área médica, alertando que este crescimento deve obedecer a um critério racional e que contemple a justiça social. O autor ressalta que só as garantias constitucionais não conduzem ao critério de justiça social.

Na década de 70 (Machado e cols., 1992), 67,73% dos médicos e 30,06% dos cirurgiões-dentistas eram empregados. Na década de 80, encontram-se 67,35% dos médicos e 31,25% dos cirurgiões-dentistas na mesma situação. Em relação aos médicos, o aumento de empregados é insignificante,

mas, como chamam a atenção os autores, aumentou o número de profissionais que detêm uma situação intermediária entre o assalariamento e autonomia de 0,2% para 8,1%. Os autores concluem que, no caso da odontologia, o exercício profissional se dá majoritariamente através da prática autônoma.

É possível perceber que a evolução da organização do mercado de trabalho se dá de forma e em momento aparentemente diversos nas duas categorias profissionais. Mas é incontestável o aumento dos postos de trabalho assalariado em ambas as categorias, o que aponta para uma tendência de assalariamento. Por outro lado, nota-se, principalmente na categoria médica, um incremento na forma de organização do trabalho, segundo os autores citados, como intermediária.

Uma das explicações pertinentes para compreender as determinações materiais para o crescente assalariamento da força de trabalho na saúde pode ser encontrada no trabalho de Paixão (1979). Segundo a autora, a fabricação dos instrumentos de trabalho para a área da saúde, assim como de materiais e medicamentos, sempre foi um campo fértil para o capital. Mas só a partir da década de 70 nota-se uma penetração do capital no processo de produção de serviços nesta área. Com isto, começam-se a delinear mudanças na relação de produção, refletidas num crescente processo de assalariamento em profissões até então consideradas eminentemente liberais, como a Medicina e a Odontologia. (Paixão, 1979)

A penetração do capital no processo de produção de serviços na área da saúde, segundo Paixão (1979), vai criando formas atípicas e combinadas até que todo o processo de trabalho seja permeado pelas formas fundamentais do capitalismo. Essa penetração dá-se de duas formas: “*de fora para dentro*”, ou seja, um assalariamento indireto, representado principalmente pelos convênios, seja com empresas, medicina de grupos, ou com sindicatos, ou de “*dentro para fora*”, que é o assalariamento direto.

A análise de alguns resultados de pesquisas sobre o mercado de trabalho da área da saúde ou temáticas afins levou à constatação da existência de várias terminologias ligadas à forma com que se aborda o objeto, no caso o processo de assalariamento das profissões de saúde. Com isso, os conceitos de exercício liberal e autônomo da profissão tornam-se imprecisos. Para alguns autores, esses termos são sinônimos e para outros não. Nogueira (1986) considera como sinônimo a forma autônoma ou liberal de organização do trabalho. Machado e cols. (1992) também usam a mesma classificação, citando como forma intermediária aquela onde o profissional conjuga o exercício liberal e assalariado da profissão. Já Campos (1988) distingue as formas liberal, autônoma e assalariada do exercício profissional.

A distinção oferecida por Donnangelo (1976) de autonomia típica e atípica é importante para compreender a questão. O que caracteriza o exercício liberal da profissão é a posse ou aluguel dos instrumentos de trabalho e a livre escolha do paciente pelo profissional, que este estabelece as condições de remuneração. Nessa forma de organização não há intermediação entre o paciente e o profissional.

Donnangelo (1976) classifica as formas de organização do trabalho médico em “puras” e “compostas”. Entre as formas puras a autora cita: assalariamento, autonomia “típica”, proprietários de empresa de saúde e autonomia “atípica”. Nas formas compostas o profissional concilia a atuação em duas ou mais condições da denominada forma pura, como, por exemplo: assalariamento e autonomia típica, proprietários e autonomia atípica, entre outros. A autonomia típica possui as características do exercício liberal da profissão, anteriormente explicitada. Já a autonomia “atípica”, segundo a autora:

“ ...[define-se] por um controle apenas parcial dos meios de trabalho. Mais frequentemente, dispõem, por propriedade direta ou aluguel, dos meios de trabalho e controlam, por processos informais, apenas uma parte de sua clientela, com a qual estabelecem as mesmas relações diretas que caracterizam o padrão

liberal de trabalho. Concomitantemente, mantêm relações formais com empresas, a partir das quais obtêm o restante da clientela; vínculo que resulta, em geral, na perda de liberdade para a fixação do preço do trabalho e mesmo de algum grau de controle sobre o padrão técnico do trabalho, na medida em que ele possa acarretar aumento de custos para a fonte financiadora. Uma parcela menor dos autônomos atípicos, dispendo de clientela própria, mas não dos meios de trabalho, desenvolve sua atividade no interior de organizações, destinando, em troca da possibilidade de utilizar os meios ali existentes, parte de seu trabalho ao atendimento (diretamente remunerado, ou não) de pacientes "não próprios", ou seja, vinculados à organização". (p.82)

Campos, a partir de Cohn e Donnangelo, relaciona como formas de inserção possíveis no mercado, além do trabalho liberal, o assalariamento, os proprietários e o trabalho autônomo. Proprietários são os que "*detêm o controle de condições materiais de trabalho ampliadas em relação aos instrumentos que podem ser operados por um único ou por poucos profissionais*" (Campos 1988:28). O trabalho autônomo seria aquele onde o profissional não controla uma ou mais característica do trabalho liberal: fluxo da clientela, instrumentos de trabalho ou honorários.

O trabalho autônomo é definido por Cohn e Donnangelo² (apud Campos, 1988) como intermediário ou transacional entre o assalariado e o liberal. Campos avança na discussão iniciada pelas autoras citadas quando afirma que:

(....) o trabalho autônomo constitui-se em uma alternativa possível e viável de sobrevivência da pequena produção de serviços na medida em que ao depender de financiamentos, fornecimentos de clientela, submete o pequeno produtor a um maior controle, que não é incompatível com a racionalização/modernização da assistência médica encontrada no capitalismo a partir de determinado estágio de desenvolvimento. Não se constituindo, portanto, em forma polar ao assalariamento, mas complementar, com maior tendência à estabilidade e permanência, enquanto estratégias de expansão de serviços do que se imaginava anteriormente (Campos, 1988:29-30)

². Este trabalho a que se refere Campos (1988:28) é uma pesquisa realizada em 1980 pelas autoras, encomendada pelo Conselho Regional de Medicina de São Paulo: Condições do Exercício Profissional da Medicina na Área Metropolitana de São Paulo.

Para Campos, não há contradição entre o exercício do trabalho na forma autônoma e a reprodução do capital investido na área, uma vez que este permite uma rentabilidade maior às empresas de saúde: “(...) à medida em que o trabalho autônomo não implica em encargos trabalhistas e o pagamento pode se dar em função exatamente da produção do médico, não ocorrendo possibilidade de tempo ocioso do empregado” (Campos, 1988:31).

Uma questão que contribui para essa discussão é o fato de ser o trabalho, na forma liberal, um trabalho improdutivo, como entende Marx³, portanto, não possibilita ao capital a sua reprodução. Em contrapartida, tanto o trabalho assalariado, como o autônomo são trabalhos produtivos. Como conclui Campos: “*Disfuncional*” é o exercício liberal puro e clássico da profissão em um período em que o mercado capitalista não se rege mais pelos mandamentos do *laissez-faire*” (Campos, 1988:35).

O trabalho na forma autônoma é encarado pela categoria médica como uma “defesa dos níveis de renda e ampliação das oportunidades de emprego” (Campos, 1988:35). Portanto, entende-se por *exercício liberal da profissão* aquela situação em que o profissional é proprietário dos meios de trabalho, possui controle sobre a sua clientela, não necessitando de intermediação entre ambos, controlando o seu horário e honorários. O *exercício autônomo da profissão* será entendido como aquela situação em que o profissional não controla uma ou mais características do trabalho sob a forma liberal ou seja, ou os meios de trabalho, ou a clientela, ou os honorários. Neste estudo, considera-se que o trabalho autônomo é privilegiado pelas categorias profissionais da área da saúde, por manter a representação social da profissão enquanto liberal na medida em que o profissional “*aparentemente*” controla as suas condições de trabalho: o lugar de atendimento, horário, agenda, ao mesmo tempo em que assegura o fluxo da clientela e os honorários. Essa

³. A obra do autor consultada para esta afirmação foi, principalmente, o capítulo V da obra o “O Capital”, de Karl Marx. Também, a discussão feita por Luiz Pereira, no livro de Donnangelo: *Saúde e Sociedade*.(1979), além dos autores já citados.

forma de trabalho apresenta-se como uma alternativa que vem tomando proporções e se apresenta para muitos profissionais como uma estratégia para se garantir e, ao mesmo tempo, expandir a clientela.

Outro mecanismo apontado para permitir a expansão do mercado de trabalho e assegurar um nível de renda “compatível” com o exercício profissional é a especialização do trabalho médico⁴. Machado e cols. (1992) apontam como tendências do mercado de trabalho na área da saúde um crescente assalariamento da força de trabalho, ênfase na especialização dos membros das categorias profissionais de nível superior e o processo de feminilização dos recursos humanos, entre outros⁵. A articulação dessas três tendências enumeradas constituem, neste trabalho, o eixo que permitirá identificar a representação social dos alunos dos cursos de Medicina e Odontologia sobre o mercado de trabalho na área da saúde.

A especialização, segunda tendência a ser discutida neste trabalho, é apontada por Paixão (1979) como resultado mais imediato da inovação técnico-científica. A especialização é encarada como uma situação de complementaridade e dependência entre os profissionais.

A cooperação, dentro do sistema capitalista, transforma o trabalhador individual em trabalhador coletivo. Dessa forma, também as suas deficiências e limitações desaparecem⁶. O profissional de saúde, que antes detinha conhecimento do indivíduo como um todo, passa a tratar de problemas mais específicos, reduzindo o seu campo de conhecimento e a sua noção de totalidade, tanto do objeto do seu trabalho, o paciente, quanto do produto do seu trabalho, a intervenção. A especialização na área médica, quando encarada como possibilidade de um conhecimento mais específico e aprofundado, devido à impossibilidade humana de deter todo o conhecimento produzido neste

⁴. Como trabalho médico entende-se não somente o exercício do profissional da medicina, como também o do cirurgião-dentista.

⁵. As outras tendências apontadas pelos autores são: aumento da jornada de trabalho, rejuvenescimento da força de trabalho.

⁶. A este respeito, consultar O Capital, de Karl Marx, capítulos XI e XII.

campo do saber, é uma prática salutar. Neste trabalho, questiona-se, entre outros aspectos da especialização, a possibilidade que ela encerra, de uma maior absorção de força de trabalho nessa área e a auto-valorização do capital via divisão do trabalho.

O conhecimento produzido na área médica tem a dimensão de um mega-conhecimento. Ao se especializar, o profissional perde o controle do mesmo e, em conseqüência, perde a noção do todo, aumentando a possibilidade de erro. Por um lado, a especialização assume um aspecto negativo porque para a população resolver os seus problemas de saúde precisa passar por vários profissionais, aumentando o custo do tratamento e dificultando o acesso a esse direito. Por outro lado, o profissional também procura se especializar como uma forma de preservar os “nichos profissionais” e, conseqüentemente, a autonomia profissional. A saturação do mercado de trabalho provoca uma redivisão técnica do trabalho, e essa redivisão só é possível pelo fato de que as profissões de saúde em estudo possuem a capacidade de criar necessidades pelos produtos por elas produzidos.

A complementariedade e dependência no processo de produção na área médica se evidencia na especialização. A divisão técnica do trabalho, via especialização, ao mesmo tempo em que proporciona uma maior absorção da força de trabalho, na área, cria uma dependência entre os seus membros. A especialização tende a atomizar a responsabilidade e a minar a autonomia profissional, fazendo com que os seus membros se tornem cada vez mais dependentes das “organizações” profissionais (Freidson, 1978) e burocráticas (Pereira, 1979).

Na realidade, os mecanismos utilizados pelas profissões em estudo, para assegurar a inserção no mercado de trabalho e o seu controle, levaram a uma perda da autonomia, tanto técnica, como econômica, estabeleceram, inclusive, uma divisão social dentro das categorias profissionais.

O vínculo criado com a especialização, entre os membros da profissão, a grosso modo, por um lado mina a possibilidade de crítica desses, na medida em que se fragmenta o objeto do trabalho, o homem - na sua dimensão holística - e se pulveriza a responsabilidade sobre ele, como já foi apontado. Por outro lado, diminui a importância do paciente na relação com o profissional. A indicação do especialista apto a cuidar do seu caso se dá via outro profissional, o qual constitui elemento principal nessa outra articulação. A vontade do paciente é substituída pela certeza da indicação profissional adequada (Freidson, 1978).

A terceira tendência que se observa no mercado de trabalho, na área da saúde, é uma acentuada feminilização dos recursos humanos em profissões antes consideradas como predominantemente masculinas, como a Medicina e a Odontologia⁷. Segundo Blay (1978) há uma variação da definição do que é próprio ou impróprio para a mulher, que estaria condicionado à disponibilidade de mão de obra masculina. O trabalho feminino ainda é considerado uma forma de suprir o mercado de mão-de-obra e, portanto, possui uma ligação direta com a ampliação e a disponibilidade de mão-de-obra masculina. Citando a autora:

“(...) a expansão da instrução no meio feminino parece inteiramente controlada por esta forma de aproveitamento da mulher: ampliando-se nos setores desdenhados pelos homens, restringindo-se nas áreas que os homens consideram “dignos” deles (...)” (p.13)

A representação social do trabalho feminino é uma construção histórica e, em última instância, essa representação é construída e determinada por interesses do processo produtivo, condicionada pela disponibilidade da força de trabalho e possibilidade de aquisição da mais-valia, absoluta ou relativa.

Na área da saúde, como mostra Nogueira (1986), com base em dados das décadas de 70 e 80, a participação feminina é bem mais significativa em

⁷ Ver Niobe Prado (1985), Maria Helena Machado (1986), Jorge Cordon (1986), Roberto Nogueira (1986), entre outros.

profissões de baixo nível de escolaridade e qualificação. Ao mesmo tempo, as profissões de nível superior, onde há predominância de mulheres, são aquelas consideradas subalternas à Medicina, como a Enfermagem. Mas, está em curso um crescimento do contingente feminino nas profissões consideradas, na área da saúde, tradicionalmente masculinas como Medicina, Odontologia e Veterinária, na ordem de 300%, que mesmo assim representam uma proporção pequena na totalidade da categoria.

Santana & Girardi (1993) afirmam que no censo de 1980 o contingente feminino na profissão médica e odontológica era de, respectivamente, 26% e 28,2%. Afirmam, que, em 1989, 45% e 54% dos graduados nos cursos de Medicina e Odontologia, respectivamente, eram mulheres.

O estudo realizado por Machado (1986), entre as médicas mineiras, em 1980, constatou que 70% da força de trabalho médico de ambos os sexos era assalariada. Ao comparar a ocupação, por sexo, nos postos de serviços assalariados, observa-se que esta é maior no sexo feminino (76%) do que no masculino (58%).

Nessa mesma pesquisa, Machado (1986) conclui que as médicas mineiras optaram por especialidades como: pediatria, ginecologia, psiquiatria e clínica médica. Segundo a autora, essas especialidades são consideradas, dentro da medicina, de menor complexidade, menor prestígio e, conseqüentemente, ocorre menor retorno financeiro.

Segundo Blay, o trabalho feminino não pode ser pensado como uma decisão individual, mas condicionada pelo mercado de trabalho disponível. Essa escolha reflete todo o processo de socialização experienciado pela mulher: *“A escolha de uma carreira e de um trabalho é a síntese de toda uma preparação prévia onde, a orientação dos valores sociais se faz sentir encaminhando a mulher para determinadas carreiras”*(Blay, 1978:268)

Para Machado, as mulheres escolhem suas profissões de modo a não romperem radicalmente com suas atividades no âmbito doméstico:

“Pode-se dizer que essas mulheres fazem de seu trabalho uma extensão do doméstico. As tarefas de lidar com crianças (pediatria, professora maternal/primária), o cuidar de enfermos (enfermeiras, técnicos de enfermagem), os serviços domésticos e prestação de serviços (atendente de enfermagem, domésticas, serventes, faxineiras, costureiras etc.) são, em via de regra, executadas por mulheres. Em alguns momentos justifica-se tais tarefas executadas por mulheres como sendo “tarefas femininas”, onde se “supõe” que elas as exerceriam com maior “eficiência” que os homens (Machado, 1986: 3-4)

Em outro trabalho publicado por Machado⁸, é discutida a possível hegemonia feminina no mercado de trabalho na saúde; a autora, além de confirmar as conclusões acima, cita como especialidades, majoritariamente exercidas pelas mulheres médicas, a pediatria, a gineco-obstetrícia e a clínica médica. Estas constatações foram feitas pela autora a partir da análise de estudos realizados no Brasil, México e outros locais. Nesses trabalhos, a conclusão a que se chega é que essa escolha se faz por “(...) determinações sócio-cultural dos papéis femininos cristalizados e legitimados pela sociedade mais ampla” (p.281). A direção é semelhante às constatações expressas no trabalho de Blay (1978).

O incremento da participação feminina nas profissões de nível superior está amplamente constatado. Pode-se afirmar que essa tendência se apresenta mais acentuada na Odontologia. No Estado de Goiás, segundo dados fornecidos pela Comissão Especial do Concurso Vestibular da Universidade Federal de Goiás a procura do curso de Medicina pelas mulheres, nos anos de 1994, 1995 e 1996 foi de 54,5%, 52,6% e 55,1% respectivamente. Neste aspecto, observa-se uma constância na procura das mulheres pelo curso de Medicina, nos anos consultados. Enquanto no curso de Odontologia, essa procura foi bem maior nos referidos anos, alcançando índices de 73%, 72,4% e 71,2% do total de candidatos. Por possuírem características de atuação profissional distintas da Medicina, a Odontologia é uma opção profissional preferencial das mulheres.

⁸ . O texto referido “ La mujer y el mercado de trabajo en el sector de la salud en las Americas. ¿Hegemonia Femenina?, não possui referência na cópia pesquisada.

Uma das poucas referências encontradas acerca da discussão específica sobre o trabalho da mulher na Odontologia pode ser localizada no trabalho de Cámara (1994). O total de estudantes de Odontologia do sexo feminino nos Estados Unidos é de 35%, enquanto na Suécia e Noruega é de 50%, na Cidade do México é de 63,9% e na Finlândia 76%. O autor mostra que há distinção na forma de inserção das mulheres no mercado de trabalho nos países citados, como, por exemplo: em Estocolmo, na Suécia, onde 42,6% dos professores de odontologia são mulheres, apenas duas encontram-se nos níveis mais altos na carreira docente. O mesmo se observa na Finlândia, que apesar do contingente feminino corresponder a três quartos da categoria em 1990, apenas 44% encontravam-se na carreira docente, e os postos acadêmicos mais altos eram ocupados por homens.

Geiringer afirma que “ *as mulheres vêem a Odontologia como uma profissão que se pode exercer com comodidade, ao mesmo tempo em que desempenham outras tarefas femininas tais, como de esposa, mãe e dona de casa, assim como o trabalho odontológico pode se realizar em sua própria residência ou em algum consultório com horários parciais e flexíveis*” (apud Cámara, 1994:564). Esta constitui-se a principal representação social sobre o trabalho da mulher na Odontologia, caracterizando-se, em um dos critérios de escolha profissional.

Segundo essa pesquisa, as especialidades que concentram maior número de mulheres que exercem a profissão de maneira liberal são a odontopediatria e a ortodontia, ambas caracterizadas como especialidades clínicas, apesar da ortodontia constituir-se numa especialidade de prestígio dentro da profissão. No Estado de Goiás, entre os especialistas em ortodontia, inscritos no Conselho Regional de Odontologia - seção de Goiás - 76,9% são do sexo masculino (Tabela 5.42, anexo)

No Brasil, o contingente de mulheres na Odontologia em 1989 era de 42%, variando segundo o estado e a região. Na região norte e nordeste o

contigente feminino é maior que a média nacional, sendo de 48,8% e 53,3%, respectivamente. O estado que tem o maior contingente de mulheres, neste período pesquisado, é a Paraíba com 66% (Pinto, 1993: 40). No Estado de Goiás, dos inscritos até 1996, 43,7% dos profissionais eram mulheres⁹.

A partir desse quadro construído, é possível supor que, devido ao crescente processo de assalariamento verificado nas profissões de saúde, elas deixam de ser socialmente valorizadas para a ocupação do sexo masculino, ocorrendo uma ampliação do trabalho feminino na área.

O que está em questão é predominantemente um vasto processo de transformação no mundo do trabalho na área da saúde. Essas transformações implicam certamente em arranjos e rearranjos na concepção de profissional e no seu exercício prático. Ao mesmo tempo essas transformações são postas objetiva e cotidianamente à todos aqueles que estão relacionados com área médica.

É nessa perspectiva que é relevante compreender como essas transformações, e suas conseqüências atuam e são elaboradas por aqueles que se preparam para ingressar no espaço do trabalho na área da saúde, especialmente os médicos e cirurgiões-dentistas. Enfim, trata-se de saber quais são as representações sociais que os alunos dos cursos de Odontologia e Medicina têm desse mundo do trabalho, especificamente sobre as tendências de assalariamento, especialização e feminilização dos recursos humanos dessas profissões para, no limite, entender o que nessa realidade se mantém e se confirma.

Estudar as representações sociais destes alunos, sobre determinados aspectos das suas profissões, tem como finalidade tentar apreender os nexos que contribuem na conformação e confirmação da realidade que se pretende compreender. A análise crítica a que se pretende submeter os dados tem como objetivo detectar as tendências de representação dos alunos pesquisados sobre

⁹ . Dados fornecidos pelo Conselho Regional de Odontologia - secção de Goiás

estes temas, buscando apreender as variáveis que interferem no maior ou menor ocultamente da realidade.

Portanto, estudar as representações sociais dos alunos se justifica porque cada um deles traz consigo uma idéia, uma percepção, um pré-conceito, construído e compartilhado socialmente do que é ser uma profissional da área, ou seja, uma representação do que é ser um médico ou um cirurgião-dentista. Estas são as duas profissões da área médica de maior prestígio, e as únicas consideradas profissão e não ocupação, como a Enfermagem e a Nutrição.¹⁰

Segundo Moscovici, o estudo das representações sociais deve partir da seguinte questão: “*Por que criamos essas representações?*” e ele mesmo responde: “*é necessário tornar familiar o insólito, e insólito o não familiar: mudar o universo sem que ele deixe de ser o nosso universo*” (1978:60).

Uma das características fundamentais da representação social é que, ao gerar o conhecimento sobre a realidade, um conhecimento coletivo, sobre uma realidade vivenciada coletivamente, este conhecimento transforma esta realidade representada, no movimento de torná-la familiar.

Em síntese, a representação social tem o caráter de tornar o não familiar em familiar, e esse conhecimento é um processo construído social e compartilhadamente. Supõe-se que as transformações que vêm ocorrendo no mundo do trabalho, na área médica, passam por um processo de construção de uma nova imagem do profissional e da profissão. Mas qual é a representação social do aluno, que será o futuro profissional, que também construirá uma nova ou adaptável representação social sobre esta profissão?

Segundo Schraiber (1991) o que sustenta a representação social da prática médica como liberal e dotada de autonomia científica e social é a forma de organização do trabalho, onde o médico se coloca como pequeno produtor

¹⁰. Em relação ao conceito de profissão, ver: Maria Cecília F. Donnangelo (1976); Marinho (1986); Eliot Freidson (1978); Maria Helena Machado (1992, 1995). Uma ressalva deve ser feita em relação a Veterinária que também é uma profissão, mas que não foi incluída nesse estudo pela distinção do seu objeto, e também por não possuir o mesmo prestígio que as demais. A psicologia também não é considerada como profissão. O monopólio do mercado, em relação à última, é exercido pela Medicina, através da psiquiatria.

privado. Nessa posição, ele domina as suas condições de trabalho. Donnangelo (1976) refere-se a essa forma de organização como modelo artesanal de atividade médica.

As autoras¹¹ apontam para a impossibilidade de se manter esse modelo de trabalho médico frente às transformações que estão sendo gestadas no âmbito da própria sociedade.

Todavia, Donnangelo afirma que: “ *O modelo liberal de trabalho aparece [para o médico] como o único capaz de assegurar a máxima realização profissional em termos psicológicos, éticos e também científicos*” (1976:129).

Para Schraiber (1991), as formas de organização dos serviços médicos, que tendem a se estabelecer, são aquelas que proporcionam uma maior incorporação de tecnologia e um intenso ritmo de especialização, ambas características desejáveis pela categoria. Essas características geram, como afirma a autora:

“(....) uma profunda divisão técnica e social do trabalho médico, situando agora seus agentes, como sujeitos sociais, em postos de trabalho cada vez mais distintos e de variada colocação hierárquica, com repercussão direta nos estratos de renda, autoridade e valorização social” (p.66).

As condições que se observa sobre o mundo do trabalho na área médica não apontam a forma de organização liberal como a possível, pelo contrário, os dados levam a constatar que cada vez mais é menor o número de profissionais que se inserem, exclusivamente dessa forma, no mercado de trabalho.

No trabalho de Donnangelo (1976), os resultados obtidos apontam para uma valorização, por parte do profissional, das questões referentes ao prestígio social da profissão e à possibilidade de obtenção de maior renda. Citando a autora:

¹¹ Schraiber trabalha com a representação social da profissão médica, enquanto Donnangelo está trabalhando com as ideologias que sustentam o discurso da profissão médica enquanto liberal.

“(...) [prestígio] garante à categoria ocupacional possibilidades mais uniformes de obtenção de status social, que de renda. Enquanto o prestígio do profissional deriva em grande parte da própria valorização social da profissão, as oportunidades de obtenção de renda encontram-se estreitamente associados aos tipos de oportunidade de trabalho ou às formas de participação no mercado e distribuem-se, portanto, de maneira sensivelmente heterogênea no interior da categoria” (p.151).

Uma discussão que sintetiza as constatações feitas pelas autoras acima citadas pode-se encontrar no trabalho de Machado:

“O conceito sociológico clássico que define a profissão médica - monopólio de uma área específica de atividade, a partir de uma longa formação intelectual, adesão de todos os membros da profissão ao sistema de valores, autonomia de trabalho, entre outras - como uma profissão típica e nobre de linhagem entre as profissões, está cada vez mais distante de sua situação atual. Hoje o debate imperativo gira em torno de situações tais como: perda gradual e irreversível de autonomia profissional, deterioração das condições de trabalho, a assalariamento, a nova divisão do processo de trabalho, assim como a incorporação de outros profissionais à equipe de saúde” (Machado, 1991: 32).

Entretanto, apesar das transformações processadas no mercado de trabalho das profissões de saúde, há uma resistência da categoria no sentido de manter um discurso de aparente homogeneidade entre os seus membros, e privilegiar as formas de organização que as sustentam como liberal. Supõe-se que esse discurso se sustente no próprio projeto da profissão que foi construído dentro dos pressupostos de uma prática liberal. Transformar a representação social dos membros das profissões de saúde implica em mudança, também, no projeto profissional.

Trabalho recente, publicado por Machado (1996) aponta para profundas transformações na representação social dos médicos pesquisados, acerca das profissões de saúde, condicionadas pelas transformações no mundo do trabalho. Apesar dessa tendência, o ideal de exercício profissional ainda continua sendo o liberal, o único, como afirma Donnangelo, capaz de assegurar uma atuação profissional *“psicológica, ética e técnica satisfatória”*. O que permite sustentar essa afirmação pode ser encontrado no primeiro trabalho

citado “ *Há um sentimento de pessimismo e incerteza do profissional com a sua prática* (p.10).

Nesta dissertação, pretende-se, portanto, discutir, a partir da representação social dos alunos dos cursos de Medicina e Odontologia, a compreensão da organização do trabalho na forma assalariado e autônomo das profissões em estudo. Essas formas de inserção no mercado de trabalho implicam uma perda de autonomia técnica e econômica para as profissões em estudo. Como forma de preservar tanto a absorção crescente de mão-de-obra nesse serviço, quanto de assegurar níveis distintos de renda, é acentuada a divisão técnica do trabalho, via tendência à especialização. As consequências dessas transformações, condicionadas pelos fatores acima explicitados, levam a uma crescente perda das características da profissão enquanto liberal.

Partindo do suposto de que a inserção profissional é condicionada socialmente, as tendências apontadas levam a uma perda de prestígio destas profissões via, principalmente, perda do poder econômico, o que implica que estas profissões deixam de ser desejadas pelos homens, aumentando a participação feminina neste setor. Porém, o incremento da participação feminina se dá de forma quantitativa e não qualitativa. Existe, na profissão uma redivisão técnica do trabalho, que se manifesta através da escolha da especialização. As especializações escolhidas pelos homens são aquelas onde residem a maior possibilidade de incorporação de tecnologia e retorno financeiro.

Para buscar a compreensão do aluno sobre a articulação desses conceitos que conformam o mercado de trabalho na saúde construiu-se um instrumento de coleta de dados para esse fim. A pesquisa passará a ser discutida em aspectos metodológicos adotados.

1.1. Aspectos Metodológicos

O instrumento utilizado na coleta dos dados foi um questionário, elaborado a partir das principais características do mercado de trabalho na área da saúde, da especialização e da participação feminina nesse mercado (Anexo).

As afirmações contidas neste questionário foram construídas a partir de determinadas representações¹² sobre as profissões de saúde e constatações de pesquisas¹³ sobre o tema, elaboradas a partir de consulta bibliográfica. Em outros momentos, elas reafirmam os problemas encontrados no ensino e prática profissional. Algumas contêm negativas de conclusões de pesquisas sobre a força de trabalho na saúde. As perguntas foram construídas a partir de representações, para permitirem afirmar que concordar com o questionário corresponde a um maior distanciamento da realidade e das tendências das profissões de saúde.

A versão final do questionário foi estabelecida após o mesmo ter sido submetido ao um estudo piloto com 10% dos alunos do curso de Odontologia de todas as séries. Nesta fase, o instrumento somente foi testado com os alunos do curso de Odontologia pela facilidade de acesso aos mesmos.

As perguntas apresentadas no questionário permitiram caracterizar o aluno segundo o curso, sexo, série e idade, a presença de parentes na profissão, quantidade e grau de parentesco, além dos principais motivos de escolha do curso, padrão sócio-econômico¹⁴ e cultural e algumas questões referentes ao curso. Essas questões foram agrupadas como *características da amostra*, com

¹² Uma profissão liberal, com possibilidade de inserção imediata no mercado de trabalho, retorno financeiro e social garantidos. A especialização é vista como uma forma de aprimoramento profissional e aquisição de prestígio, tanto em relação aos seus pares, quanto à clientela.

¹³ . Principalmente, Maria Helena Machado e colaboradores: O mercado de trabalho em saúde no Brasil: estrutura e conjuntura..., em especial a inserção feminina no mercado de trabalho.

¹⁴ . Apesar de terem sido coletados dados que permitissem traçar o perfil sócio-econômico dos alunos, esses não foram utilizados neste trabalho, por se entender que há uma seleção prévia dos mesmos feita pelo curso. Além de, ao longo do trabalho, os dados não apontarem para a necessidade desse como variável.

exceção dos motivos da escolha profissional, que constituiu o ponto de partida para a discussão da representação social do aluno sobre o mercado de trabalho e especialização. As questões referentes ao curso constituem, também, uma exceção, elas são discutidas na conclusão do trabalho.

Os motivos da escolha da profissão foram elaborados a partir do trabalho de pesquisa realizado por Freire (1995), que pesquisou os alunos recém-ingressos no curso de odontologia da FO/UFG. A esta relação foi acrescentado que a profissão permite desenvolvimento de pesquisa, como motivo sugerido pelos alunos, no teste piloto¹⁵.

Para a discussão sobre o mercado de trabalho, foram elaboradas 14 questões, na tentativa de apreender o conceito de profissão liberal dos alunos, como eles representam a tendência da perda da autonomia econômica da profissão e a valoração do prestígio profissional da amostra pesquisada (Questões de nº 13 a 26). Essas questões também foram analisadas em blocos, que formam os conceitos de : profissão liberal (questões de nº 13, 14, 15, 16, 18, 19, 21, 22, 23 e 25), autonomia profissional (questões de nº 16, 17, 19 e 20) e prestígio da profissão (questões de nº 14, 24, 25, e 26).

As questões foram elaboradas na tentativa de se apreender a representação social do aluno sobre o mercado de trabalho e os conceitos decorrentes a partir dos problemas encontrados no setor (Ver Quadro I, anexo). Para melhor entendimento do aluno, considerou-se, no questionário, o exercício profissional de forma liberal e autônoma como sinônimos, apesar da discussão anterior. Essa opção se deu devido ao fato das freqüentes dúvidas dos alunos durante o teste piloto.

Em relação à especialização, foram formuladas 14 questões, sendo que as 6 primeiras com a finalidade de se obterem dados sobre a intenção de se especializar, a especialidade escolhida e motivos da escolha (Questões de nº 27

¹⁵ A autora utilizou-se dos dados da Comissão Especial do Concurso Vestibular da UFG., que também serão utilizados para comparação. Serão utilizados as Estatísticas questionários sócio-econômico-cultural dos vestibulares 90 a 96, que correspondem aos anos de ingresso da amostra pesquisada.

a 32, anexo). Os motivos foram listados de acordo com os mais citados nos trabalhos sobre o assunto: tendência de escolha precoce da especialidade, antes do ingresso na universidade e com as disciplinas cursadas, possibilidade de garantia do mercado, por continuidade das especialidades exercidas por familiares, especialidades consideradas mais novas e, conseqüentemente, baixa concorrência profissional e maior retorno financeiro. (Pereira, 1979; Machado, 1992)

Foram formuladas oito questões sobre a especialização na área médica. A especialização nesse bloco foi considerada como uma necessidade inerente à prática profissional, devido à impossibilidade do profissional deter todo conhecimento na sua área, à forma do profissional adquirir maior confiança após a graduação. A especialização confere prestígio, diminui as chances de erro profissional, devido a sua maior capacitação; amplia o acesso do paciente a um serviço de maior qualidade, bem como a visão do profissional sobre o seu objeto de trabalho. O curso é conduzido de forma a despertar no aluno a necessidade e importância da especialização, que aqui é apontada como uma forma de inserção no mercado de trabalho (Ver Quadro II, anexo).

As treze questões restantes tratam do incremento da participação feminina no mercado de trabalho na área da saúde (Ver quadro III, Anexo). Sete questões foram reagrupadas para se apreender a representação social da amostra sobre as características de uma profissão feminina (Questões de nº 41, 44, 46, 47, 48, 49, 50). Pretende-se, neste bloco, discutir se a representação sobre o que é considerado uma ocupação adequada para as mulheres é identificado pelos alunos como pertinentes às profissões em estudo.

Sete questões formam a representação da participação feminina no mercado de trabalho na área da saúde (Questões de nº 42, 43, 45, 47, 51 e 52). Será discutido como se dá a inserção da mulher nas profissões estudadas e se para o aluno é possível identificar a discriminação do trabalho feminino nas mesmas.

Neste bloco, foi discutida a escolha da especialização pelos alunos de ambos os sexos, procurando identificar se os alunos concordam com as características das especialidades consideradas “masculinas”. Na parte do questionário relativo à especialização, coletaram-se dados sobre a especialização escolhida pelo aluno; essas foram separadas em clínicas, cirúrgicas e complementares¹⁶, separadas por sexo. Essa forma permitiu-nos confrontar as respostas sobre as características das especializações consideradas masculinas com a escolha dos alunos dos diferentes sexos.

As respostas foram analisadas tendo como variáveis o curso, série e sexo. Em relação à série, os alunos foram agrupados em: séries iniciais (1ª e 2ª), séries intermediárias (3ª, 4ª e 5ª - a última somente em relação à medicina) e última série (5ª odontologia e 6ª medicina). Essa divisão teve como objetivo detectar as possíveis influências dos cursos na representação social dos alunos. Representar algo é um processo que pressupõe elaboração, reelaboração, um contínuo construir, reconstruir e reproduzir. Mas constrói, reconstrói e reproduz a partir do conhecimento que se tem do objeto. Portanto, a representação que os alunos das primeiras séries do curso elaboram parte do que se pode chamar de um conhecimento leigo, e a dos alunos da última série é o conhecimento que se cria, recria e reproduz a partir dos pares. Os meios que são “oferecidos” aos grupos para conhecerem o objeto, são distintos; portanto, espera-se identificar a interferência, ou não, desse, na elaboração da representação social, dos mesmos, sobre a prática profissional.

Merton (apud Nunes 1976) afirma que a função da escola médica é transformar o neófito em médico, através da transmissão do conteúdo específico de conhecimento pertinente à área médica: “(.....) *provê-lo com a identidade profissional, de forma que venha a pensar, agir e sentir como um médico*”(p.24). É na tentativa de apreender essa forma de pensar, agir e sentir

¹⁶Para maior detalhamento, ver item 3.3 “Especializações Femininas”.

como médico, ou como cirurgião-dentista, que se propõe a divisão dos alunos em turmas: iniciais, intermediárias e final.

Na tentativa de uma leitura mais próxima dos dados, recorreu-se a uma das obras de Adorno: La personalidad autoritaria (1965), onde o autor construiu uma escala denominada "F", que lhe permitiu enquadrar os indivíduos de sua pesquisa nas diversas tendências da personalidade fascista, que a escala propunha-se a medir. Segundo o autor, essa escala permitiu a avaliação das respostas em bloco, sendo que cada uma das questões não constituía-se em uma unidade que devesse ser analisada isoladamente, que, também, é uma das propostas deste trabalho. Conciliando essas duas formas de leitura dos dados, eles foram interpretados a partir da análise de cada questão, primeiro, de uma forma geral e, posteriormente, dentro de cada conceito. Da mesma forma, utilizou-se de uma forma de leitura que pudesse escalonar a representação social do aluno, que traduzisse a aproximação ou distanciamento da realidade das tendências dos conceitos pesquisados.

Nesta forma de leitura dos dados, onde se procura identificar uma maior ou menor aderência dos alunos em relação às representações sociais mais cristalizadas sobre as profissões em estudo, escolheu-se como critério de leitura o seguinte: baixa, média/ baixa, média/ alta e alta. Esse critério foi construído a partir da pontuação dada a cada questão das questões. A concordância plena com a questão equivale a 4 pontos (alta), parcial 3 (média/ alta), discordância parcial 2 (média/ baixa) e a plena 1 (baixa). O fato de o aluno não ter opinião formada sobre o assunto recebeu a pontuação zero. Em cada bloco do questionário, os escores variarão de acordo com o número de questões que o compõe. Nas questões com alternativas verdadeiro ou falsas¹⁷, a primeira recebeu 4 e a última 1 ponto.

¹⁷. As alternativas verdadeiro ou falso foram inseridas no questionário no sentido de quebrar o ritmo do mesmo. A partir do momento em que o aluno precisasse proceder a outra forma de raciocínio para a resposta das questões, imaginou-se que ele seria forçado a aumentar a atenção. Este cuidado foi tomado devido a extensão do questionário.

Os estudos sobre representação social não possuem uma metodologia própria a se seguir. Podem-se encontrar trabalhos que utilizam como instrumento de pesquisa a entrevista, a dinâmica de grupo e o questionário, cada um com suas limitações e vantagens. Escolheu-se o questionário como instrumento de pesquisa porque ele permite a coleta de dados junto a um maior número de alunos, o que diminuiu a chance de outras interferências no resultado da pesquisa.

Os alunos que responderam ao questionários não foram previamente selecionados. Foram escolhidos os horários das disciplinas teóricas e, após contato prévio com os professores das disciplinas, combinou-se o melhor horário para a aplicação do questionário, geralmente após o término da aula. O horário condicionou a caracterização da amostra de alunos que se dispuseram a responder ao questionário. As visitas às turmas foram feitas até que se conseguissem alcançar o número desejado da amostra. Em algumas turmas, o número de voluntários foi maior do que o desejado; mesmo assim os, alunos responderam ao questionário e, imediatamente após a entrega do mesmo, de forma aleatória, foram separados os excedentes.

1.2 - Caracterização da amostra

Responderam ao questionário da pesquisa 146 acadêmicos, sendo que 99 do curso de Medicina e 46 do curso de Odontologia. Esses números correspondem a 15% dos alunos matriculados em ambos os cursos¹⁸. A amostra foi estratificada obedecendo à composição das séries de cada curso, no que se

¹⁸ Foram matriculados no ano de 1996, segundo dados dos colegiados de cursos de Medicina e Odontologia, 673 e 321 alunos, respectivamente. Os 99 alunos do curso de Medicina pesquisados correspondem a 14,7% do total de alunos; mas, ao se estratificar a amostra, este número corresponde à soma dos 15% de cada turma, obedecendo-se à distribuição por sexo. Na hora da tabulação dos dados a amostra ficou constituída 55 alunos do sexo masculino da medicina e 44 do sexo feminino do mesmo curso. Em relação ao curso de odontologia, a amostra caiu para 14,3% do total de alunos, devido à recusa de responder ao questionário por parte de um aluno do curso.

refere ao número de acadêmico e ao sexo. Estavam matriculados no curso de medicina, no ano de 1996, 673 alunos, sendo que 57,9% são do sexo masculino e 42,1% do sexo feminino. No curso de Odontologia, estão matriculados, no ano letivo de 1996, 321 alunos, sendo que 37,1% são do sexo masculino e 62,9% feminino (Tabelas 1.1 e 1.2)

Os alunos pesquisados, 48,3% têm idade entre 20 e 22 anos, e podem ser encontrados cursando desde a primeira à última série dos cursos. E 24,8% têm entre 17 e 19 anos, e estão cursando a primeira série de ambos os cursos.

(Tabela 1.3 e Tabela 5.1, anexo)

TABELA 1.1 - DISTRIBUIÇÃO DOS ACADÊMICOS E DA AMOSTRA DO CURSO DE MEDICINA, POR SÉRIE E SEXO. UFG, 1996.

Série / Sexo	Masculino		Feminino		Total	Amostra		
	n°	%	n°	%		mas.	fem.	Total
1°	75	65,8	39	34,2	114	11	6	17
2°	63	55,0	52	45,0	115	9	8	17
3°	69	61,1	44	38,9	113	10	7	17
4°	63	61,2	40	38,8	103	9	6	15
5°	57	52,8	51	47,2	108	8	8	16
6°	63	52,2	57	47,5	120	9	8	17
Total	390	57,9	283	42,1	673	56	43	99

TABELA 1.2 - DISTRIBUIÇÃO DOS ACADÊMICOS E AMOSTRA DO CURSO DE ODONTOLOGIA, POR SÉRIE E SEXO. UFG, 1996.

Série/ Sexo	Masculino		Feminino		Total	Amostra		
	n°	%	n°	%		mas.	fem.	Total
1°	24	38,7	38	61,3	62	3	5	8
2°	24	35,3	44	64,7	68	3	7	10
3°	31	47,0	35	53,0	66	5	5	10
4°	23	35,9	41	64,1	64	4	5	9
5°	17	27,9	44	72,2	61	3	7	10
Total	119	37,1	202	62,9	321	18	29	47

Em relação aos alunos de medicina, 41,8% do sexo masculino têm entre 20 e 22 anos, enquanto as mulheres, do mesmo curso e faixa etária, perfazem o total de 52,3% da amostra. Na faixa etária entre 17 e 19 encontram-se 30,9% dos alunos do sexo masculino. Entre as mulheres do curso, 22,7% encontram-se na faixa de 23 e 24 anos. Em relação à série 75% dos alunos das primeiras séries têm entre 17 a 19 anos. 72,7% das mulheres das séries intermediárias têm entre 20 e 22 anos. 62,5% das mulheres da última série têm entre 23 e 24 anos. Pode-se perceber que os alunos do sexo masculino são relativamente mais jovens que as mulheres, ingressam mais cedo no curso e, conseqüentemente, no mercado de trabalho (Tabela 1.3 e 5.1, anexo).

TABELA 1.3 . DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS ALUNOS POR CURSO, SEXO E FAIXA ETÁRIA. UFG, 1996.

Curso	Medicina		Odontologia		AMBOS
	mas.	fem.	mas.	fem.	
Sexo					
Faixa etária					% dos alunos
17 -19	30,9	15,9	29,4	24,1	24,8
20 - 22	41,8	52,3	52,9	51,7	48,3
23 - 24	23,6	22,7	5,9	13,8	19,3
25 ou >	3,6	9,1	11,8	10,3	7,6

No curso de Odontologia, os alunos se concentram, em sua maioria, na faixa de 20 e 22 anos, sendo 52,9% e 51,7% dos sexos masculino e feminino, respectivamente (Tabelas 1.3 e 5.1, anexo). Pode-se observar, através da tabela 5.1 (anexo), que a maioria dos alunos ingressam, ou irão ingressar no mercado de trabalho, na faixa etária de 23 e 24 anos. Como observado no curso de Medicina, os alunos, do sexo masculino, do curso de Odontologia (83,3%) ingressam no curso mais cedo do que as mulheres (58,3%).

Uma tendência apontada para a área da saúde é o rejuvenescimento da força de trabalho. Machado (1992) afirma que no decênio 1970 a 1980 houve um rejuvenescimento da força de trabalho na área da saúde. O incremento maior pode ser encontrado entre os profissionais de nível superior, sendo que o número desses com menos de 30 anos passaram de 14,4% para 26,1%. Destaca os médicos como exemplo mais ilustrativo desse fato, pois os profissionais com menos de 40 anos passaram, na mesma década, de 45,6% para 66,6%. Atribui como fatores que contribuíram para esse rejuvenescimento a expansão do ensino superior e o incremento da participação feminina. Entre os profissionais com formação universitária com até 29 anos, 56,1% eram mulheres em 1980; já na

década anterior esse índice era de 29,4%. Machado et alii (1996) apresentam dados que demonstram que na faixa etária de 25 a 34 anos o contingente feminino da profissão médica sobe para 50%, na década de 90. Esses dados não estão disponíveis para a Odontologia; porém, como foi relatado, hoje no Estado de Goiás o contingente feminino é de 43,7% dos profissionais.

Os dados da presente pesquisa apontam tanto para a tendência de rejuvenescimento da força de trabalho, como para a feminilização desse contingente profissional.

Em relação à existência de parentes na mesma profissão, 57,6% da amostra afirmam tê-los; 33,7% possuem apenas 1, e 16,9% 4 ou mais. Desses, 33,0% são tios e 32,1% primos (Tabela 5.2, anexo). Essa pergunta foi formulada na tentativa de se verificar se há interferência na representação social dos alunos com essa característica, supondo que teriam uma noção mais aproximada da realidade das profissões. Em um levantamento preliminar, constatou-se não haver diferença nas respostas entre os dois grupos, neste aspecto.

Machado et ali (1996) constataram que quase a metade dos profissionais pesquisados, para se traçar o perfil dos médicos do Brasil, tem “origem médica”. Citando a autora *“Destas, 8,7% responderam que são filhos de pais médicos. Reforçando ainda a noção de afinidade profissional, notamos que ao somarmos aos que declararam que seus pais exercem outras profissões na área da saúde, este percentual se eleva a 13%”*. Nos dados obtidos sobre os alunos, o percentual relativo a pais na mesma profissão é mais elevado; obteve-se 14,3% de respostas positivas (Tabela 1.4). Entre os alunos de medicina do sexo masculino, em 22,6% dos casos os seus pais também são médicos. Em relação às alunas, essa porcentagem é ligeiramente superior (25,0%) (Tabela 1.4). Entre os alunos de Odontologia, nenhum do sexo masculino relaciona pais na mesma profissão. Entre as alunas esse índice é de 14,3%. Estes dados leva a concluir que as alunas de ambos os cursos se identificam mais com a profissão

dos pais. Principalmente no caso da Odontologia, não se percebe diferença em relação aos alunos do curso Medicina. Ocorre, porém, que não há dados disponíveis que possibilitem a identificação dos casos em que a profissão seja exercida pelo pai ou pela mãe.

TABELA 1.4 - DISTRIBUIÇÃO DOS ALUNOS POR CURSO E SEXO SEGUNDO INFORMAÇÃO ACERCA DA EXISTÊNCIA DE PARENTES NA MESMA PROFISSÃO E GRAU DE PARENTESCO. UFG, 1996.

CURSO E SEXO	SIM	PAI	IRMÃO	TIO	PRIMO	outros	TOTAL
Medicina masculino	56,4	22,6	12,9	51,6	41,9	12,9	55
Medicina feminino	63,6	25,0	25,0	42,9	42,9	0,0	44
Odontologia masculino	58,8	0,0	10,0	40,0	40,0	20,0	17
Odontologia feminino	48,3	14,3	21,4	35,7	50,0	14,3	29

Os alunos pesquisados, na sua maioria, lêem jornal semanalmente, ou seja, 54,5%, enquanto 29,7% responderam que não os lêem. As revistas semanais são lidas na mesma frequência por 44,8%, enquanto 36,6% as lêem, no mínimo, mensalmente. Os livros de romance ou ficção são lidos, quando muito comentados por 45,5% e 42,8% não os lêem. As publicações de interesse profissional são lidas por 50,3%, em caso de pesquisa ou recomendação do professor, e 37,9% as lêem rotineiramente (Tabela 1.5). Os alunos das últimas séries dos cursos de medicina e odontologia as lêem rotineiramente, 59,0% e 38,1% respectivamente (Tabela 5.4, anexo).

Estes dados, que refletem o hábito de leitura dos alunos, se tornam preocupantes se nos atentarmos para as palavras de Berlinguer:

“Diante do envelhecimento rápido dos conhecimentos específicos, é indispensável que o estudante seja afeito à pesquisa autônoma, motivado para a atualização, posto em condições de renovar continuamente sua bagagem de informações e ligar entre si os dados das novas descobertas” (1983 : 164).

TABELA 1.5 - FREQUÊNCIA DE LEITURA DOS ALUNOS PESQUISADOS DE AMBOS OS CURSOS. UFG, 1996.

JORNAL	%
DIARIAMENTE	15,9
SEMANALMENTE	54,5
NÃO LÊ	29,7
REVISTAS	
NO MÍNIMO SEMANALMENTE	44,8
NO MÍNIMO MENSALMENTE	36,6
NÃO LÊ	18,6
LIVROS	
NO MÍNIMO UM TÍTULO POR MÊS	11,7
QUANDO É MUITO COMENTADO OU RECOMENDADO	45,5
NÃO LÊ	42,8
PUBLICAÇÕES DE INTERESSE PROFISSIONAL	
ROTINEIRAMENTE	37,9
PESQUISA OU RECOMENDAÇÃO DO PROFESSOR	50,3
NÃO LÊ	11,7
TOTAL DE ALUNOS	145

Essa é a função principal de curso superior, ou seja, desenvolver a capacidade de crítica do aluno, o que o torna autônomo e capaz de buscar o conhecimento, visto que esses cursos não possuem o caráter terminal na formação do profissional.

O projeto educacional da “medicina científica”, segundo Schraider (1989), prevê uma estreita ligação entre o ensino e a pesquisa, o que daria a esta educação um caráter “realmente científico”. Parece difícil crer que os cursos estudados estejam conseguindo formar um profissional crítico, interessado na pesquisa e pronto para renovar a sua bagagem de informação¹⁹, não somente pertinente à profissão, mas de conhecimento geral, atualizado.

¹⁹ . Os cursos pesquisados ainda estão sob a influência da “medicina científica”, mesmo que ambos tenham passado por transformações que incorporaram o discurso das várias propostas de reforma educacional na área médica, criando disciplinas com a função promover mudanças de atitudes no profissional a partir de uma nova concepção do processo saúde / doença, em consequência da compreensão do indivíduo como um todo. Essas disciplinas seriam: Medicina Preventiva, Medicina Comunitária, Odontologia Preventiva, Odontologia Sanitária e atualmente Saúde Coletiva, Odontologia Social, e Educação em Odontologia. Como aponta Schraiber, para que esta proposta tivesse êxito “... deveria a escola antes de mais nada desenvolver a compreensão do indivíduo como um “todo” nos profissionais que qualifica, e assim capacitá-los tecnicamente à base de atitudes correlatas a uma tal compreensão” (1989: 114)

O trabalho se deslocará sobre dois eixos: mercado de trabalho e especialização e incremento da participação feminina, além deste onde se construiu o objeto de estudo que passará a ser exposto. No capítulo dois será discutida a representação social do aluno sobre o mercado de trabalho e especialização e será explicitado o conceito que o aluno tem sobre o exercício liberal da profissão, ou seja, como ele representa a profissão que é reconhecida como liberal e quais as possibilidades de inserção profissional que o aluno consegue perceber. O prestígio das profissões aqui estudadas constitui-se uma das suas características; estudos apontam que esse vem-se modificando, condicionado pela forma de inserção do profissional no mercado de trabalho, bem como a autonomia profissional, outro aspecto a ser abordado neste capítulo. A especialização na área médica é abordada como uma característica do mercado de trabalho. A partir dos motivos da escolha da especialização se discutirá a representação que o aluno tem dessa forma de arranjo e rearranjo da profissão, como forma de preservação e ampliação do mercado de trabalho e incorporação de capital.

No capítulo três será discutida a representação social dos alunos sobre o incremento da participação feminina no mercado de trabalho na área da saúde. Entendemos que esses arranjos e rearranjos da profissão condicionam, no limite, o perfil profissional nessa área; a participação da mulher será discutida em três momentos: como o aluno representa a participação feminina no mercado de trabalho na área da saúde, a percepção da discriminação do trabalho feminino nesta área e as especializações escolhidas. As profissões estudadas são consideradas “profissões masculinas”, apesar do crescente contingente feminino, tentou-se identificar na representação do aluno características de profissões consideradas femininas; em relação às especializações, essa busca também se processou. A escolha das especializações será discutida procurando cruzar os dados obtidos nesta pesquisa com tendências observadas em outras, nas quais as mulheres escolhem especializações consideradas “femininas”.

O último capítulo será reservado para as considerações finais do trabalho. Alguns pontos serão levantados por serem considerados importantes para a compreensão do objeto em estudo. Essa discussão passa, necessariamente, pelo velho e novo tema da formação profissional voltada para o mercado ou para a sociedade.

MERCADO DE TRABALHO E ESPECIALIZAÇÃO NA ÁREA MÉDICA

Com a Reforma Sanitária garantida pela Constituição Brasileira de 1988, estavam postas as condições legais para a constituição de um mercado de trabalho na área médica gerenciado pelo Estado. Ao mesmo tempo, o mercado vinha se organizando na direção de uma participação crescente de corporações, tanto empresariais como profissionais, na prestação de serviços na área da saúde. Com o controle do setor pelo Estado, a forma esperada de organização do trabalho é o quase exclusivo assalariamento das categorias profissionais da saúde. Já com o empresariamento do setor, tanto a forma autônoma, como a assalariada, têm condições de existir.

Essas transformações na área da saúde se dão, por um lado, como exigência da própria profissão de absorver uma crescente mão de obra disponível e, por outro lado, com a redefinição do papel do Estado que, paulatinamente, veio se desobrigando de uma intervenção eficaz nas políticas

públicas, especificamente da saúde. Outro fator determinante na composição desse quadro é o empobrecimento paulatino de uma grande faixa da população, que passa a não mais conseguir custear os gastos com a saúde, que, na medida que incorpora novas tecnologias, torna-se cada vez mais inalcançável para uma imensa faixa da população.

Para Freidson, “ *uma profissão obtém e mantém sua posição graças à proteção e ao patrocínio de algum setor elitista da sociedade que tenha-se convencido de que seu trabalho tem um valor especial. Sua posição é, deste modo, assegurada pelo poder político e econômico da elite que a patrocina(...)*” (1978:84). Se a profissão é mantida por uma elite que a protege e lhe confere status de “útil” e “legítima”, ela inevitavelmente se desenvolve a favor de seus interesses, na busca de soluções cada vez mais adequadas de seus problemas. Então, como resolver a questão de uma prática profissional que contemple os problemas de saúde da outra parcela da população? A intervenção do Estado como gestor das políticas públicas é fundamental, porquanto o projeto das profissões de saúde não contempla a outra parcela da população como alvo dos benefícios científicos e tecnológicos alcançados por elas.

O Estado, ao se desobrigar de investir nesse setor, estimula investimentos do capital, que vê o setor com possibilidade de lucros crescentes. No ano 1996, vêem-se o Governo Federal abrir o mercado para corporações internacionais e uma crescente organização do mercado para expandir os planos de saúde. Esse quadro gera nas profissões um mercado terceirizado, porque cada vez mais empresas contratam os serviços de corporações para atender a uma clientela específica. Constata-se que há uma grande parcela da população sem assistência digna, por parte do Estado e à margem dos benefícios proporcionados pelos planos de saúde. Em outras palavras, as redefinições do processo social do trabalho na área da saúde obedecem a uma lógica que é a auto-valorização do capital.

Pode-se encontrar, já em Marx²⁰, uma interessante análise do processo de trabalho a partir da idéia de que o trabalho em geral é a transformação da natureza pelo homem, modificando-se dentro de uma intencionalidade, visto que foi antes idealizado e encerra, também, a possibilidade de construção do homem enquanto ser social. Nas relações cotidianas a consciência do homem, enquanto ser coletivo, é formada, e essa consciência, real ou ilusória, vai determinar a forma com que ele se relaciona com os outros indivíduos, com ele mesmo e como ele atua na maneira de manter ou transformar as condições objetivas de sua existência.

Ao produzir as condições de sua existência, buscando satisfazer suas necessidades, o homem cria outras necessidades, que são histórica e socialmente determinadas. O que a sociedade considera como condições essenciais para a existência está condicionado pelo seu modo de produção, em um dado momento histórico, pelo desenvolvimento tecnológico e forma de distribuição dos bens materiais e espirituais disponíveis.

Essa afirmação, para a prática médica, como produtora de bens e necessidades em relação à integridade física dos indivíduos, é fundamental. A depender dos avanços científicos, quer no diagnóstico, quer na intervenção no processo saúde / doença, as necessidades se modificam. Essa modificação determina, entre outras características, um perfil de consumidor e destrezas diferenciadas do produtor deste bem.

Mesmo que Marx não tenha se ocupado com o trabalho na forma liberal, a sua reflexão auxilia-nos na compreensão de que esse não possibilita

²⁰ A este respeito, ver da obra de Karl Marx: Manuscritos Econômicos, filosóficos (1978); A Ideologia Alemã (1987); capítulo V do O capital (1983); Para a crítica da economia política (1978). Outros autores: Vasquez (1986), Anita C. A. Resende (1992).

a auto-valorização do capital.²¹ Na área da saúde, o exercício liberal da profissão não possibilita a auto-valorização, quando o capital passa a ser investido no processo de trabalho; portanto, como afirma Campos (1988), essa forma de organização passa a ser residual e disfuncional à lógica capitalista.

O processo de produção capitalista imprime uma especificidade ao trabalhador coletivo, uma habilidade em uma função específica e unilateral. Essa especificidade é ocorre pela divisão do trabalho. O trabalhador individual se especializa em uma determinada atividade parcelar do processo de produção, e toda habilidade é empregada nessa função específica. *“A unilateralidade e mesmo imperfeição do trabalhador parcial tornam-se sua perfeição como membro do trabalhador coletivo”* (Marx, 1983: 275). Ao se especializar em uma parte do processo de produção, o trabalhador vê-se impossibilitado de se reconhecer no produto do seu trabalho. Como já advertia Marx, esse processo se dá via empobrecimento do trabalhador individual, pois ele perde a possibilidade enquanto ser social de se constituir no processo de trabalho, alienando-se.

A especialização na área médica se compara com o trabalho parcelar e unilateral. Isso resulta em conseqüências desastrosas, pois o objeto do trabalho médico é o corpo humano. Ao dividi-lo em partes “tão mínimas quanto

²¹ Para Marx, o que constitui o ponto de partida da produção capitalista é a atividade de um maior número de trabalhadores envolvidos em uma mesma atividade ou atividades conexas, produzindo a mesma espécie de mercadoria. No caso, a mercadoria seria a própria intervenção médica, através de serviços especializados, visando a cura da doença. Tanto a forma de organização do trabalho, autônoma ou a assalariada, como a divisão do trabalho na área médica, dado pela ênfase na especialização, permitem a auto-valorização do capital.

A superação do trabalho liberal na área da saúde, onde o profissional detém o controle sobre o seu trabalho, assemelha-se com o processo descrito por Marx da transformação da produção individual em uma produção coletiva, na transformação da produção artesanal, na manufatura, e na grande indústria. Citando Marx:

“ (...) o motivo que impulsiona e o objetivo que determina o processo de produção capitalista é a maior valorização possível do capital, isto é, a maior produção possível de mais-valia; portanto, a maior exploração possível da força de trabalho pelo capitalista” (Marx, 1983:263).

a-sociais”²², a alienação do trabalho se dá de forma dupla, tanto no processo de trabalho no momento da produção, quanto no momento do consumo, pois, como adverte Donnangelo (1976), a prática médica possui característica peculiar e o momento da produção coincide com o consumo; estes dois momentos localizam-se em um mesmo espaço, ou seja, no corpo humano.

Uma tipologia do setor terciário da produção, que muito contribui para a elucidação das características do trabalho no setor saúde, pode ser encontrada em Offe (1989). Para ele, o setor terciário da produção se evidencia por ocupações que produzem bens de serviços e não produtos; e nessa forma de inserção no processo produtivo, fatores como o lucro e a própria racionalidade do trabalho não estão tão evidentes na sociedade industrial.

A partir da definição, de Berger e Offe (1991), do setor de serviços, pode-se afirmar que o trabalho na área médica caracteriza-se como tal:

“... o setor de serviços abrange a totalidade daquelas funções no processo da reprodução social, voltadas para a reprodução das estruturas formais, das formas de circulação e das condições culturais paramétricas, dentro das quais se realiza a reprodução material da sociedade. O conceito da “reprodução das estruturas formais”, enquanto instrumento para a determinação sociológica de atividades do setor de serviços, é entendida de modo conscientemente amplo: ele compreende a manutenção das condições físicas da vida social, dos sistemas de normas culturais e legais, a transmissão e o desenvolvimento do acervo de conhecimento de uma sociedade, seus sistemas de informação e circulação” (Berger & Offe, 1991:15).

É dentro desse conceito que a prática médica será discutida como forma de reprodução material da sociedade, e a ela cabe manter as condições físicas de seus membros.

O trabalho em serviço, discutido por Berger e Berger & Offe (1989), caracteriza-se pela incerteza e pela dificuldade de controle que o padronize, em termos de rotina e rentabilidade. Contudo, ao mesmo tempo, eles apontam para uma tendência de racionalização dos serviços, para que os

²² Essa expressão é utilizada por Jorge Cordon e Volnei Garrafa (1991).

mesmos tenham rentabilidade; caso contrário seriam inviáveis, via padronização.

Berger & Offe afirmam que a *“estratégia mais segura para a prevenção de perturbações e irregularidades [para o trabalho em serviços] parece ser a constituição de “reservas de capacitação”*(1989:60) Por reservas de capacitação os autores entendem: constituição de **reservas de tempo**: em que o empregado está sempre em prontidão para executar os seus serviços sempre que for requisitado, mesmo que isso gere um tempo ocioso inconcebível no setor produtivo; **reversas de qualificação**: em que o empregado requer uma capacidade maior que a normalmente exigida, pois necessita estar em prontidão e trabalha com incertezas; **superprodução**: pois o empregado necessita produzir, principalmente informações que possam ser utilizadas a qualquer momento, mesmo que aparentemente elas não sejam necessárias (dá como exemplo mais característico as administrações empresariais que produzem “cemitérios de dados” e “poluição de informações”), o que também diminui o tempo ocioso .

Os autores afirmam que para esse tipo de serviços é necessário um recrutamento de pessoal que possua as seguintes características: *“... cultua o trabalho autônomo, não questiona o interesse da organização, caracterizando uma atitude frente ao trabalho de cunho disciplinado, individualista, mas também dócil à autoridade”* (p.61-2)²³

Uma tendência citada pelos autores desse tipo de serviços é uma *“reserva de qualificação”*. Seria conferida ao empregado uma certa autonomia, responsabilidade e promoção, dentro de um limite que não inviabilize a

²³ . Neste artigo, os autores se propõem a discutir o trabalho comerciário. Em um artigo anterior, Johannes Berger e Klaus Offe caracterizam como serviços comerciários também a educação e saúde (p.27). No primeiro artigo citado, neste tipo de serviço o consumidor assume um *“... papel imprescindível no ato de sua realização; ele decide sobre o tipo, o momento e sobre o local de sua “produção” (...)* essa esfera dos serviços comerciais está submetida aos mesmos critérios de custos e de rendimento, que também na produção de mercadorias determinam a expansão da produção, seja em termos de volume ou de tempo. Isso significa que os serviços comerciais (alocados através de preços) só são gerados enquanto seus custos globais forem menores que as receitas assim obtidas”(p.27).

rentabilidade do setor, mas, ao mesmo tempo possibilite, um incentivo de permanência do empregado no serviço.

Essa discussão interessa para o objeto em estudo, porque supõe-se que o trabalho autônomo na área médica é passível de incorporar essas tendências de racionalização.

O setor de serviço não pode ser tão regulamentado a ponto de que os empregados não consigam exercer as suas funções devido ao caráter de incerteza do seu trabalho. Mas, como afirma Offe, mesmo trabalhando com a especificidade de cada caso é necessário ter uma certa normatização. Ele exemplifica citando o caso do médico, cuja função é curar e a do vendedor vender; mas é preciso haver uma clareza dos meios para se atingir os objetivos. Citando o autor *“É preciso sempre, simultaneamente, normalizar o caso e individualizar a norma”*(p83)

A discussão sobre o trabalho em serviço baseia-se em uma suposta autonomia inerente a ele. Essa ênfase na autonomia, quando se discute o trabalho na área médica, também se faz presente. Quando se discute autonomia, levanta-se a impossibilidade de um controle quantitativo de rendimento e produtividade dessa atividade. No caso da área da saúde, aí se encontraria suporte para o discurso da impossibilidade de se medirem os resultados da intervenção profissional, visto que ela se caracteriza por ser executada em um indivíduo, estabelecida dentro da relação médico/paciente, e na máxima de que *“ cada caso é um caso”* o que dificultaria a sua avaliação.

Questiona-se se o profissional da saúde tem autonomia técnica que o faça decidir sobre o caso que ele está solucionando, ou se a solução, que ele supostamente escolhe, não está sendo determinada pelos bens materiais produzidos pela indústria, pelas suas condições de trabalho, pelo seu acesso às inovações técnico-científicas da profissão e pelo poder aquisitivo do seu paciente.

Para Freidson (1978), a autonomia é a prova do *status* da profissão quando adquire as seguintes características:

a) o grau de perícia e conhecimento implícito no trabalho profissional é tal, que os não profissionais não estão equipados para avaliá-lo ou regulá-lo;

b) os profissionais são responsáveis, deve-se confiar em que eles trabalhem sem supervisão(...);

c) a profissão se encarrega das correspondentes ações regulatórias nas raras ocasiões nas quais um indivíduo não desempenhe seu trabalho competente e eticamente (...)"(p 145).

O *status* da profissão reflete, para Freidson (1978), a crença da sociedade nos atributos, na dignidade e na importância da ocupação. No limite, essa crença da sociedade confere às profissões em estudo o controle do seu trabalho. É justamente este controle do trabalho médico que está sendo perdido pelas profissões. Ao mesmo tempo em que os dados sobre o mercado de trabalho na área médica apontam para a perda do controle do trabalho pelas profissões, Freidson acrescenta mais um elemento na compreensão do conceito de autonomia, ou seja, que ela "*Está sempre limitada em certo grau pelo poder político de que precisa para existir e estar protegida, e estes limites variam de época em época e de lugar para lugar*"(p 362). É possível pensar que o que se entende por perda da autonomia profissional seja uma limitação negociada que, na realidade, venha a garantir a própria existência das profissões.

Entre as transformações apontadas no mercado de trabalho, de uma forma geral destaca-se o processo de terceirização de serviços dentro das empresas, especialmente as atividades que teriam a função de manutenção da produção como: alimentação, transporte, saúde. Dentro desse aspecto, abre-se um campo de atuação para os profissionais da área da saúde (DIEESE, 1995).

Os serviços de saúde dentro das empresas são encarados como uma forma de diminuir o absenteísmo nas linhas de produção. Esses serviços podem ser prestados através da contratação de profissionais de saúde, como

assalariados das empresas, ou através de contratos de prestação de serviços, a terceirização.

A terceirização pode se dar mediante contrato individual da empresa com o profissional, ou com “empresas” médicas. Nestas empresas, o serviço pode ser prestado pelos proprietários ou eles contratam profissionais para fazê-lo, ou, ainda, através do reembolso do empregado com as despesas com a saúde; neste caso, o paciente/empregado escolhe livremente o profissional (Ferreira, 1995).

A prestação de serviços de saúde é feita, também, por meio de corporações, que são empresas que comercializam planos de saúde e que empregam, direta ou indiretamente, profissionais para a prestação desses serviços. As empresas, de um modo geral, que comercializam planos de saúde, representam para o cliente uma forma de pré-pagamento do atendimento médico. Para o profissional, essa forma de organização constitui-se em pós-pagamento, ou seja, o profissional receberá os seus honorários através de faturas, aproximadamente, 30 dias após o serviço prestado.

Para Medici (1993), o mercado de trabalho na área médica está segmentado basicamente em um mercado assalariado, por intermédio de empregos públicos e privados, mercado autônomo, por meio de credenciamentos com o INAMPS, ou credenciado e/ou cooperado da chamada medicina supletiva, e do exercício liberal da profissão. Chama a atenção para um mercado promissor, representado pelos serviços municipais de saúde, principalmente em cidades de médio porte dos Estados mais ricos da região Sul e Sudeste, mas assalariado. A medicina supletiva, isto é, aquela que possibilita as maiores chances de inserção no mercado de trabalho, é composta, segundo o autor, por profissionais autônomos, cooperados, credenciados ou assalariados por empresas de medicina de grupo, cooperativas médicas, seguro saúde e serviços auto-administrados por empresas.

O mercado de trabalho na área da saúde vem passando por transformações que, no limite, geram possibilidades de novas articulações na relação profissional/sociedade.

2.1 - A representação social dos alunos sobre o mercado de trabalho na área médica

Para desvelar os arranjos e rearranjos do mercado de trabalho na área da saúde e de como o aluno os representa, parte-se da discussão dos motivos da escolha profissional. A possibilidade de uma maior realização pessoal e profissional que a profissão poderia conferir foi o item mais relacionado como motivo da escolha profissional, em 24,5% dos casos (Tabela 5.5, anexo). Comparando com os dados da Comissão Especial do Concurso Vestibular (CECV) 43,3% dos alunos do Curso de Odontologia nos anos de 1992 a 1996, escolheram esse item como principal motivo da escolha profissional²⁴. O segundo motivo mais significativo foi a vocação para a profissão, perfazendo um total de 18,5% das respostas da amostra. Nos dados da CECV, 35,83% dos alunos do Curso de Odontologia responderam que é a profissão que mais se adequa às suas aptidões pessoais, o que corresponde à vocação. A influência de parentes ou amigos nessa profissão correspondeu a apenas 5,2% das respostas.

Os itens do questionário: influência de parentes ou amigos da mesma profissão, vocação e maior realização pessoal e profissional referem-se a identificação com a profissão, com a aceitação das normas e modelos

²⁴ A referência apenas aos alunos de Odontologia deve-se ao fato da disponibilidade dos dados sobre os mesmos. Em relação aos alunos de medicina, obteve-se apenas dados em relação a alguns anos do período em estudo, por este motivo, os mesmos não estão sendo utilizados, porque não correspondem a um perfil confiável do universo em estudo.

profissionais, isto é, 48,2% dos alunos da amostra têm esse conhecimento e aceitação prévios.

Para Moore (apud Marinho, 1986), uma ocupação é considerada uma profissão quando essa passa a ser exercida em tempo integral pelo profissional e possibilita a esse viver do seu trabalho; o profissional aceita as regras, normas e condutas que o identifique com os seus pares; possui uma organização que regula o acesso, seleção, proteção e regulamentação dos seus membros, um corpo de conhecimento que pressupõe uma formação prévia para a sua aquisição e prática, e autonomia. A identificação dos profissionais com as regras, valores e a organização da profissão Moore chama de atributos atitudinais das profissões. Os atributos atitudinais²⁵, tanto do Curso de Medicina, como de Odontologia, são conhecidos pelos alunos, e são eles que os fazem escolher a profissão em 61,7% dos casos.

Agrupando novamente os itens relativos à escolha profissional, obteve-se 34,1% das respostas, em relação ao que Donnangelo (apud Machado: 1991,32) chama de “ideal de autonomia médica”, ou seja, os itens que se referem à maior segurança e tranquilidade no futuro, à diversidade do mercado de trabalho e, conseqüentemente a uma maior garantia de inserção no mesmo e melhor posição social na profissão escolhida. Separando esse item por curso, o “ideal de autonomia” influenciou 25,2% dos estudantes de Medicina e

²⁵. Como atributos atitudinais nestas profissões foram considerados os seguintes itens do questionário: vocação, influência de parentes e amigos, maior realização pessoal e profissional, posição social, compensação financeira e mercado de trabalho grande e diversificado.

23,3% de Odontologia (Tabela 2.1)²⁶, o que leva a pensar que os alunos não se identificam, em sua maioria, com esse ideal, apontando para uma percepção mais próxima à realidade das profissões.

TABELA 2.1 - DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS DOS ALUNOS ACERCA DOS MOTIVOS DA ESCOLHA PROFISSIONAL, POR CURSO E SEXO. UFG, 1996.

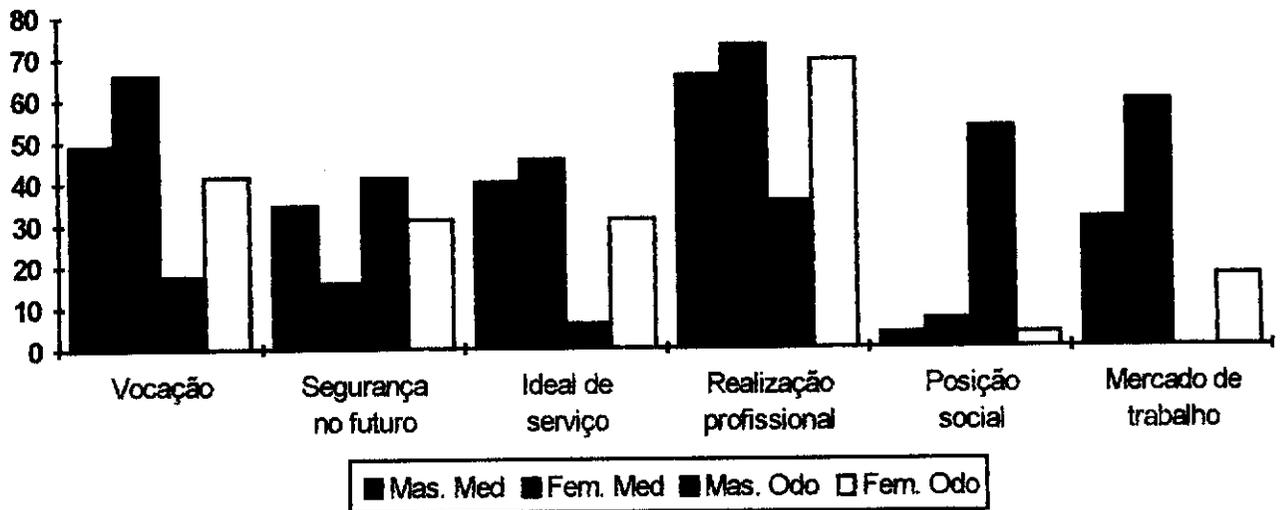
CURSO SEXO	MEDICINA			ODONTOLOGIA		
	MAS	FEM	TOTAL	MAS	FEM	TOTAL
MOTIVOS DA ESCOLHA PROFISSIONAL						
VOCAÇÃO	49,1	65,9	57,5	17,6	41,4	29,5
INFLUÊNCIA DE PARENTES OU AMIGOS	10,9	9,1	10,0	35,3	13,8	24,5
MAIOR SEGURANÇA E TRANQUILIDADE NO FUTURO	34,5	15,9	25,2	41,2	31,0	36,1
INTERESSE EM ATUAR JUNTO À COMUNIDADE	40,0	45,5	42,7	5,9	31,0	18,5
FÁCIL DE SER EXERCIDA POR MULHERES	0,0	0,0	0,0	0,0	10,3	5,2
MAIOR REALIZAÇÃO PESSOAL E PROFISSIONAL	65,5	72,7	69,1	35,3	69,0	52,1
MELHOR POSIÇÃO SOCIAL	3,6	6,8	5,2	52,9	3,4	28,2
COMPENSAÇÃO FINANCEIRA	16,4	6,8	11,6	23,5	17,2	20,4
MERCADO DE TRABALHO GRANDE E DIVERSIFICADO	30,9	59,1	45,0	0,0	17,2	8,6
OPORTUNIDADE DE PESQUISAR	9,1	13,6	11,4	0,0	6,9	3,4
TOTAL DE ALUNOS	55	44	99	17	29	46

Quando as respostas foram separadas por sua frequência, entre os grupos observa-se que o “ideal de autonomia” encontra-se presente e influencia a escolha profissional. Os três principais motivos para a escolha profissional entre os alunos do sexo masculino da Medicina foram: maior realização pessoal e profissional (65,5%), vocação (49,1%) e maior segurança e tranquilidade no futuro (34,5%). Entre as mulheres desse curso, os motivos são: maior realização pessoal e profissional (72,7%), vocação (65,9%), mercado de trabalho grande e diversificado (59,1%). Entre os alunos de Odontologia do sexo masculino,

²⁶ Nesta tabela, trabalha-se com a frequência das respostas em cada item relacionado no questionário. Como cada aluno poderia escolher até três itens apresentados, a soma das respostas ultrapassa a 100%.

52,9% escolheram o curso visando uma melhor posição social, 41,2% maior segurança e tranquilidade no futuro; 35,3% citaram influência de parentes e maior realização pessoal e profissional na mesma proporção. Já entre as alunas de Odontologia, 69,0% por permitir uma maior realização pessoal e profissional, vocação (41,4%), maior segurança e tranquilidade no futuro e interesse em atuar junto à comunidade (ambos 31,0%). Percebe-se uma convergência entre os diferentes grupos em relação aos motivos da escolha profissional. Estes motivos refletem, na realidade, as características das profissões. O aluno supõe que terá maior realização pessoal e profissional nessa carreira que escolheu por vocação, por sua orientação para o serviço.

Gráfico 1 -Frequência dos principais motivos de escolha profissional, por curso e sexo. UFG, 1996.



Vale ressaltar que para os alunos do Curso de Medicina o interesse em atuar junto à comunidade representa 42,7% das respostas. A esse interesse, Freidson (1978) chama de orientação de serviços e constitui-se numa característica das profissões. Em seus estudos, observou uma ambivalência ideológica entre os estudantes pré-médicos, que apontam a orientação para o

serviço e o desejo de prestígio e riqueza como motivos de escolha profissional. No presente estudo, a compensação financeira e melhor posição social correspondem a 16,8% dos motivos de escolha profissional para esse grupo. Para os alunos de Odontologia, a orientação para o serviço corresponde a 18,5% dos motivos de escolha, enquanto posição social e compensação financeira correspondem a 48,6% dos motivos de escolha profissional. Entre os alunos de Medicina não há diferença nas respostas em relação ao sexo. Quanto aos alunos de Odontologia as respostas em relação ao sexo são diametralmente opostas, como se pode observar na tabela 2.1, o que leva a concluir que os alunos de Odontologia do sexo masculino, escolhem a profissão pela possibilidade de melhor posição social (52,9%) e compensação financeira (23,5%).

Em pesquisa realizada por Perri de Carvalho (1995), com profissionais e formandos da Faculdade de Odontologia de Lins (FOL) e da Faculdade de Odontologia de Araçatuba (FOA), a profissão foi escolhida por 24,5% dos profissionais por ser uma “profissão rendosa”, sendo que 49,3% dos formandos da FOL a escolheram pelo mesmo motivo. Dados citados por Perri de Carvalho mostram que 76% dos profissionais da grande São Paulo indicam como motivo para a escolha profissional a possibilidade de ganho e prestígio profissional, motivos semelhantes de escolha encontrados entre os alunos do Curso de Odontologia, do sexo masculino, desta amostra.

Em pesquisa realizada por Freire & cols. (1995), sobre o perfil do acadêmico de Odontologia da UFG, ingressos nos anos de 1993-94 (no momento desta pesquisa, na 4ª e 5ª série) observaram que 54% optaram pela odontologia por lhes permitirem maior realização profissional; 41% esperam trabalhar apenas no consultório particular e 30% conjugando este com um emprego público, até obterem maior estabilidade financeira, em 40% dos casos.

A Odontologia ainda é considerada uma profissão que permite uma prática profissional liberal para a maioria dos alunos, enquanto o mesmo fato não pode ser afirmado com relação à Medicina. Todavia, um dado que se

apresenta contraditório é que nenhum aluno do Curso de Odontologia, do sexo masculino, relacionou o “mercado de trabalho grande e diversificado” como motivo da escolha profissional, mas 52,9% relacionaram melhor posição social conferida pela profissão. A representação social que esses alunos têm sobre o mercado de trabalho odontológico é que essa profissão permite que obtenham “prestígio e riqueza” no seu exercício.

À primeira vista, a identificação da profissão como liberal, como motivo da sua escolha, parece ser baixo. Uma das questões respondidas pelos alunos foi se a profissão que escolheu é liberal; 20,7% concordam plenamente com esta afirmação, mas 63,4% concordam apenas em parte com ela (Tabela 5.7, questão 13, anexo), o que demonstra uma certa percepção das modificações no exercício das profissões, uma vez que até mesmo nos meios de comunicação de massa é farta a referência sobre o assalariamento a que vêm sendo submetidos os profissionais de saúde.

Em matéria publicada em “O Popular” (CZEPAK, de 9/6/96, 28.B), intitulada “*Baixa remuneração leva a multiemprego*”, a repórter afirma, com base nos dados do relatório de pesquisa organizado por Machado et alii (1996), que “*Popularização da medicina muda status e rotina dos profissionais. Pesquisa da Fiocruz mostra que 53% dos pesquisados no Centro Oeste têm 2 a 3 empregos*”. Dos profissionais entrevistados, 86% estão satisfeitos com a profissão, porém 57% prevêem um futuro de incertezas e pessimismo. 50% ainda se consideram profissionais liberais, mesmo que 65% tenham renda inferior a 2 mil dólares mês, 75% trabalhem no setor público e 87% participem de cooperativa ou convênios. Dados citados por Perri de Carvalho (1995) mostram que 58% dos cirurgiões-dentistas que atuam na Grande São Paulo se encontram insatisfeitos em relação à profissão, e 11% desiludidos.

Os dados obtidos entre os alunos também refletem essa contradição. Neste trabalho, supõe-se que essas profissões estão passando por um processo de redefinição, representada e condicionada por uma crescente perda de autonomia profissional, tanto em nível técnico, quanto econômico. E é de se supor que essas tendências deveriam implicar mudanças no perfil do profissional e mudanças na representação social destes profissionais. Apesar das mudanças, o discurso médico ainda se mantém hegemônico, no sentido de manutenção do poder e do prestígio social dessas profissões.

Os dados até aqui discutidos possuem elementos que sustentam o suposto referido anteriormente, isto é, que apesar das mudanças que estão ocorrendo nas profissões condicionadas pelos arranjos e rearranjos no mercado de trabalho, algumas representações sobre estas profissões se mantêm: a profissão é liberal pode trazer aos seus membros realização pessoal e profissional, segurança e tranquilidade no futuro e um mercado profissional grande e diversificado.

2.1.1 - A representação social dos alunos sobre o conceito de profissão liberal

Retomando as características de profissão feita por Moore (apud Marinho), ela deve possibilitar ao profissional dedicar-se integralmente a ela, possibilitando uma remuneração adequada a sua subsistência. Supõem-se que esta remuneração venha, no caso dos médicos e dentistas, através do exercício liberal da profissão.

As respostas em relação ao mercado de trabalho foram agrupadas como apresentadas no Quadro IV, para configurarem o conceito de profissão liberal. Neste trabalho, a profissão liberal também é entendida como aquela que

confere ao indivíduo prestígio, reconhecimento social, facilidade de inserção no mercado de trabalho e uma remuneração que lhe permita ter maior segurança e tranquilidade no futuro, além das características citadas anteriormente, que refletem a organização do trabalho a posse dos instrumentos de trabalho e relação direta do profissional com o paciente na escolha e honorários.

Os dados obtidos mostram que as características atribuídas à profissão liberal não são reconhecidas de forma clara e uniforme pelos alunos pesquisados. Somando os que concordam plenamente com o conceito de profissão liberal aqui exposto, com os que concordam em parte, obteve-se 40,4% das respostas, e comparando-se com os que discordam, ou seja, 44,4%, observa-se não haver uma diferença discrepante, o que demonstra essa afirmação (Gráfico 2).

No esforço de compreender qual ou quais da(s) característica(s) apresentada(s) para a profissão liberal são reconhecidas pelos alunos, as questões com mais peso na construção desse conceito, passaram a ser discutidas individualmente.

QUADRO IV - Questões relativas ao conceito de profissão liberal.

13. A profissão que você escolheu é uma profissão liberal ou autônoma.
14. A profissão que você escolheu confere prestígio ao profissional, porque este passa a ser tratado de modo diferente pelas outras pessoas quando ficam sabendo que são doutores.
15. Para ser médico a pessoa tem que se dedicar à profissão mais até que à própria família.
16. As profissões de saúde como: médico, dentista são sempre boas, pois permitem que os profissionais obtenham renda compatível com a sua subsistência.
18. Para se exercer a profissão de cirurgião-dentista tem-se menor desgaste emocional do que a de médico.
19. O profissional de saúde deve trabalhar apenas no consultório particular e atender a uma clientela eminentemente particular.
21. Hoje, para se viver da profissão, não é necessário atender a vários convênios, como: sindicatos profissionais, Unimed, Golden Cross, IPASGO e SUS, entre outros, como alguns profissionais fazem.
22. Quando se trata de médico ou dentista não se pode falar de subemprego ou desemprego.
23. Os cirurgiões-dentistas ainda continuam sendo, predominantemente, considerados profissionais autônomos. O mesmo não se pode afirmar em relação aos médicos.
25. Todo médico bem sucedido trabalha um período em hospital, dedicando-se ao atendimento dos pacientes e, ao mesmo tempo, aprimorando seus conhecimentos. O outro período se dedica ao consultório particular. Já o dentista alterna o seu horário profissional com atividade de ensino.

Gráfico 2 - Percentual de concordância com o conceito de profissão liberal. UFG, 1996.



Os alunos, ao serem perguntados se concordam que a profissão que escolheram é liberal, 84,1% responderam que concordam em parte ou plenamente. Em relação ao curso, há uma tendência dos alunos concordarem mais com essa afirmação na Odontologia (93,5%) do que no da Medicina (79,8%). Todas as mulheres da Odontologia concordam que essa é uma profissão liberal, e delas 69% concordam em parte. O fato da Odontologia ser uma profissão liberal parece influenciar a escolha da mulher pelo curso. Elas constituem o único grupo que não assinalou as outras duas opções possíveis (Tabela 2.2)

Contraditoriamente, 91% dos pesquisados discordaram que o profissional desta área deve trabalhar apenas no consultório particular, atendendo a uma clientela eminentemente particular (Tabela 2.3), o que leva a crer que o conceito que os mesmos têm sobre a profissão aproxima-se mais com o exercício autônomo das mesmas. Essa situação confirma as conclusões de Campos, segundo o qual o exercício autônomo da profissão é encarado pela categoria médica como uma forma de “defesa dos seus níveis de renda e ampliação das oportunidades de emprego” (1988: 35).

TABELA 2.2- PROFISSÃO LIBERAL X EXERCÍCIO AUTÔNOMO DA PROFISSÃO, POR CURSO, SEXO E GERAL. UFG, 1996.

CURSO	MEDICINA			ODONTOLOGIA			GERAL		
	Mas.	Fem.	Total	Mas.	Fem.	Total	Mas.	Fem.	Total
Profissão liberal (q. 13)									
CONCORDO	9,1	20,5	14,1	41,2	31,0	34,8	16,7	24,7	20,7
CONCORDO EM PARTE	74,5	54,5	65,7	41,2	69,0	58,7	66,7	60,3	63,4
DISCORDO EM PARTE	3,6	11,4	7,1	5,9	0,0	2,2	4,2	6,8	5,5
DISCORDO	0,0	2,3	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,4	0,7
SEM OPINIÃO	12,7	11,4	12,1	11,8	0,0	4,3	12,5	6,8	9,7
Exercício autônomo (q. 19)									
CONCORDO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
CONCORDO EM PARTE	7,3	0,0	4,0	11,8	3,4	6,5	8,3	1,4	4,8
DISCORDO EM PARTE	14,5	20,5	17,2	11,8	17,2	19,6	16,7	19,2	17,9
DISCORDO	76,4	77,3	76,8	64,7	65,5	65,2	73,6	72,6	73,1
SEM OPINIÃO	1,8	2,3	2,0	11,8	13,8	8,7	1,4	6,8	4,1
TOTAL DE ALUNOS	55	44	99	17	29	46	72	73	145

Ao analisar essas duas questões, com os alunos divididos em séries, (Tabela 5.14, anexo) observa-se que os alunos das primeiras séries de Medicina tendem a concordar em parte com a afirmação de que a profissão que escolheram é liberal, o que também se observa em relação aos alunos da última série. O que se observa nas respostas é que o aluno das primeiras séries e intermediárias não possuem opinião formada sobre o assunto. Entre os alunos do último ano, esse item não foi assinalado. O mesmo acontece em relação ao curso de Odontologia. Porém, a tendência que se observa entre esses alunos é uma concordância maior com o fato de que a profissão é liberal, reforçando, por uma lado, os estudos que apontam que a Odontologia ainda é exercida de forma liberal (Machado e cols., 1992), e, por outro, as expectativas do aluno ao escolher a sua profissão.

Em relação à afirmação de que o profissional pode exercer a profissão como liberal, atendendo uma clientela eminentemente particular (Tabela 5.14, questão 19, anexo), a tendência é de discordância ao longo das séries, em ambos os cursos. Discordam da afirmação de que o profissional não necessita

atender a uma clientela conveniada em seu consultório 71,7% (Tabela 5.7, questão 21, anexo). Segundo Machado et alii (1996), 82% dos Médicos da região Centro-oeste participam de convênio e / ou cooperativas. Pesquisa de Pereira & Botelho (1996) sobre o perfil do Cirurgião-Dentista goiano constatou que 47,9% dos profissionais pesquisados atendem a algum tipo de convênio. Portanto, há uma diferença significativa entre a forma de inserção profissional entre essas duas categorias profissionais. Na opinião dos alunos de ambos os cursos, também pode-se observar níveis de concordância diferentes. Entre os alunos do Curso de Medicina, 77,7% discordam, em parte ou plenamente, de que não necessitam atender uma clientela conveniada. Já entre os alunos do Curso de Odontologia, 58,7% discordam dessa afirmação. Pode-se afirmar que a representação social dos alunos, no que se refere à necessidade de atendimento de uma clientela conveniada, parece ter como variável a própria conformação da profissão, ou seja, na Medicina essa forma de inserção está mais difundida e portanto, o aluno está mais familiarizado com ela do que o aluno da Odontologia, onde está menos difundida.

Dentre os alunos, 53,1% consideram como falsa a afirmação de que as profissões de saúde pesquisadas possibilitam uma renda compatível com a subsistência do profissional (Tabela 5.7, questão 16, anexo). Ainda tomando como base as duas pesquisas anteriormente citadas, a renda mensal mais declarada entre os médicos é de \$ 1.325,53 dólares, enquanto, 37,03% dos cirurgiões-dentistas pesquisados possuem renda mensal líquida entre US\$ 500 e US\$ 2.500. Comparando esses dados com o valor da renda média desejada pelos Médicos da região Centro-oeste, que é de US\$ 6.096,76, existe uma grande disparidade entre a realidade e o desejo. Apenas 29,3% dos alunos de Medicina concordam com esta afirmação, enquanto 34,8% dos alunos de Odontologia se consideram sem condições de opinar sobre este assunto. Os alunos da Medicina demonstraram que possuem mais informações sobre a rendimento da profissão

do que os alunos de Odontologia, portanto esse assunto não é tão claro para os últimos.

Os dados nos permitem afirmar que o exercício profissional mais compatível com esta realidade é o autônomo. Os alunos reconhecem as tendências de transformações nas características da profissão que fazem com que não possam ser consideradas como liberal, mesmo que contraditoriamente afirmem que são liberais; tendem a admitir que o retorno financeiro das profissões não é compatível com o prestígio que elas ainda possuem (Tabela 5.7, questão 24, anexo). Concordam, em parte ou plenamente, com esta afirmação 71,8% dos alunos, e não se observa diferença entre os cursos e sexo.

Uma questão que se apresenta é que o aluno do sexo masculino, do Curso de Odontologia, escolhe a profissão por sua compensação financeira, mesmo que se observe em suas respostas a tendência de afirmar que a remuneração é insuficiente e que não corresponde ao prestígio social da profissão.

O trabalho autônomo é privilegiado pelas categorias profissionais da área da saúde por manter a representação social da profissão enquanto liberal, na medida em que ele, “aparentemente”, controla as suas condições de trabalho: o lugar de atendimento, horário, agenda, ao mesmo tempo em que assegura o fluxo da clientela e os honorários, como já foi afirmado.

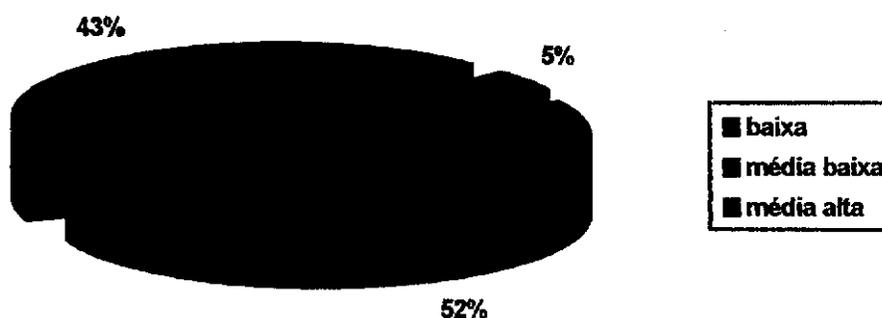
Em relação à aderência dos alunos à representação social, sobre o conceito de profissão liberal²⁷ (Gráfico 3), observa-se que os mesmos encontram-se nas faixas média/baixa (escores entre 11 a 20) e média/alta (escores entre 21 a 30), no índice de 52,4% e 42,8% respectivamente. Isso significa que a maioria (52,4%) tende a se afastar do conceito de profissão

²⁷ Compõem este bloco 10 questões; portanto, para a construção desse instrumento de leitura dos dados os seus limites compreendem: 0 pontos (quando o aluno respondeu não ter opinião formada em todas as questões) e 40 (quando respondeu concordar plenamente com todas as questões). Quando o aluno respondeu discordar plenamente de todas as questões, o escore esperado é de 10 pontos; portanto, entre 0 a 10 pontos considera-se na faixa baixa; entre 11 a 20 (quando o aluno discordou em parte com todas as afirmações), considera-se faixa média/ baixa; entre 21 a 30 pontos (quando o aluno concordou em parte com todas as questões) considera-se média/ alta, e entre 31 a 40 alta.

liberal aqui expresso, ou seja, que no limite o profissional controla as suas condições de trabalho e inserção no mercado.

Tomando como variável o curso e sexo, 72,4% das alunas do Curso de Odontologia encontram-se na faixa média/baixa. Entre os alunos do mesmo curso, do sexo masculino, 52,9% encontram-se na faixa média/alta. Se os membros desse grupo escolhem a profissão pela compensação financeira e posição social, é de se esperar que apresentem uma tendência maior de aderência a essa representação social e, portanto, mais compatível com o conceito de profissão liberal por ela sustentada. Nesse mesmo grupo, os alunos das séries iniciais (33,3%, média/alta) apresentam uma tendência menor a aderirem a essa representação social do que os da última série (66,7% na faixa média/alta). Parece que as influências que os alunos recebem durante o Curso de Odontologia não são apreendidas da mesma forma pelas mulheres. Para elas, as características da profissão como liberal não são tão relevantes. Pode-se supor que esse fato se deve a própria inserção da mulher na profissão, que se dá de maneira distinta à dos homens.

Gráfico 3 - Nível de aderência dos alunos à representação social acerca do conceito de profissão liberal. UFG, 1996.



Os alunos no início do Curso de Medicina, do sexo masculino, encontram-se no índice de 20% na faixa média/alta, enquanto os da última série perfazem o índice de 77,8%; entre as mulheres desse curso, 50% das matriculadas nas primeiras séries encontram-se também na faixa média/alta. Ao final do curso esse índice é o mesmo (Tabela 2.3). O mesmo fenômeno ocorre entre os alunos de Odontologia, mesmo não havendo uma escolha da profissão pelos mesmos critérios. Pode-se supor que em ambos os casos haja uma influência dos cursos na conservação da representação social mais cristalizada das profissões.

TABELA 2.3 - ADERÊNCIA DOS ALUNOS AO CONCEITO DE PROFISSÃO LIBERAL, POR CURSO, SÉRIE E SEXO. UFG, 1996.

CURSO	MEDICINA						ODONTOLOGIA					
	1		2		3		1		2		3	
SÉRIE												
SEXO	mas.	fem.	mas.	fem.	mas.	fem.	mas.	fem.	mas.	fem.	mas.	fem.
INTERVALO												
0 - 10 pontos	15,0	7,1	0,0	4,5	0,0	0,0	0,0	8,3	0,0	10,0	0,0	0,0
11 - 20 pontos	65,0	42,9	46,2	45,5	22,2	50,0	66,7	75,0	37,5	60,0	33,3	85,7
21 - 30 pontos	20,0	50,0	53,8	50,0	77,8	50,0	33,3	16,7	62,5	30,0	66,7	14,3
31 - 40 pontos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total de alunos	20	14	26	22	9	8	6	12	8	10	3	7

O projeto profissional da área médica deixa de ser exequível dentro do mercado de trabalho hoje configurado; por isso, as contradições encontradas no discurso do aluno. Ao mesmo tempo em que o ensino determina e é determinado pela prática e orientado por este projeto profissional, ele atua no ocultamento dessa realidade. Contudo, como a realidade não se submete aos projetos, ela insiste em atuar na transformação das representações sociais dos alunos e dos profissionais. Vivemos numa situação limite, mas o descontentamento com a prática ainda não afetou o ensino nesta área. Os dados

apresentados por Machado (1996) não fornecem subsídios sobre como os profissionais percebem o ensino, mas o aluno o considera satisfatório (consultar Tabela 5. 44).

Mesmo com as contradições entre o projeto profissional e a realidade na qual estão submetidos, a representação social dos alunos leva-nos a concluir, como Scharaiber (1991) e Donnagelo (1976), que a forma ideal do exercício profissional é aquela que permite ao profissional ser um pequeno produtor privado, e assegura a ele a máxima realização profissional.

2.1.2 - A representação social dos alunos sobre o prestígio da profissão

O ideal profissional, relatado por Schraiber (1991:66), é aquele que se preocupa em “ (...) recuperar a responsabilidade, a dedicação, que faz que exista o “meu médico” e o “meu paciente” da medicina do passado e de ser possível integrar todas estas qualidades na cientificidade, modernização, produtividade e presteza da medicina do presente”. O médico era o médico da família, era aquele que além de cuidar da saúde das pessoas, também era o conselheiro, o padrinho das crianças, dos casamentos.... Era uma pessoa diferenciada dentro da comunidade. Esse prestígio conferia ao profissional autoridade. A autoridade médica apresenta-se no reconhecimento e na determinação social da doença, nas formas de tratamento tanto individuais, como coletivas.

A forma com que as profissões de saúde se organizaram, principalmente a Medicina, proporcionou, na realidade, um distanciamento na relação médico-paciente. Em decorrência do exercício autônomo da profissão, o cliente está mais preso aos médicos de seu convênio, que passa a intermediar a

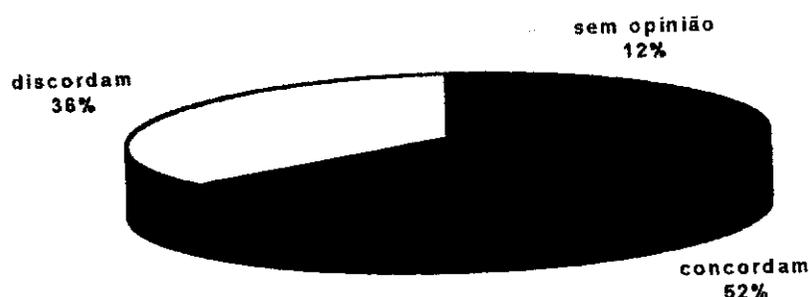
relação médico paciente e, ao apresentar a listagem ao paciente, todos passam a ter as mesmas qualidades e competência. Com isso, o prestígio do profissional junto à população tende a diminuir; quem o qualifica é o convênio. (Machado, 1995.b)

QUADRO V- Questões que formam o conceito de prestígio profissional.

14. A profissão que você escolheu confere prestígio ao profissional, porque este passa a ser tratado de modo diferente pelas outras pessoas, quando ficam sabendo que são doutores.
24. Os profissionais de saúde, mesmo sendo submetidos a baixos salários, continuam gozando de alto prestígio junto à população.
25. Todo médico bem sucedido trabalha um período em um hospital, dedicando-se ao atendimento dos pacientes e, ao mesmo tempo, aprimorando seus conhecimentos. O outro período se dedica ao consultório particular. Já o dentista alterna o seu horário com atividade de ensino.
26. O serviço público é uma opção de trabalho que alguns assumem até se estabilizarem financeiramente. Os que permanecem nele é porque não se deram muito bem profissionalmente.

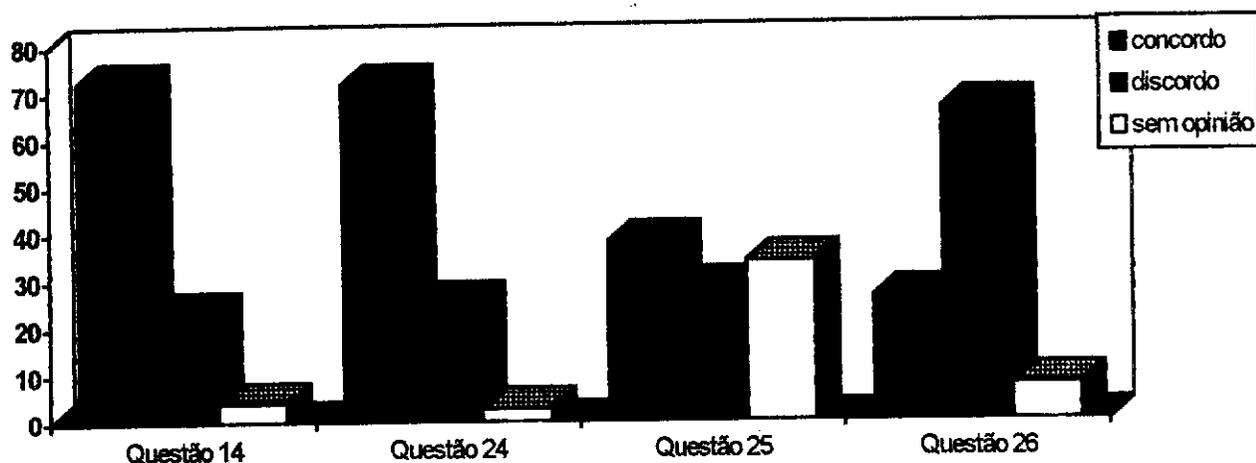
Sobre o que chamamos de prestígio profissional, ou seja, a profissão confere um status diferenciado aos seus membros, independente da sua inserção no mercado de trabalho, 51,7% concordam, entre plenamente e em parte, com este conceito; 36,0% discordam, e 12,2% não possuem opinião formada (Gráfico 4). Mas, ao serem perguntados se a profissão que escolheram conferem-lhes prestígio, porque passam a ser tratados de modo diferenciado pelas outras pessoas, quando ficam sabendo que são doutores, 72,4% concordam com a afirmação (Tabela 5.7, questão 14, anexo). Quando afirmamos que os baixos salários não interferem no prestígio da profissão, 70,4% concordam (Tabela 5.7, questão 24, anexo), o que confirma a constatação de Donnangelo (1976), para quem o prestígio profissional tende a garantir, de uma forma mais uniforme, mais o “status” social do que renda, idéia que é compartilhada pela maioria dos alunos (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Opinião do aluno sobre o prestígio das profissões que escolheram. UFG, 1996.



O serviço público, assalariado, é encarado como uma atividade provisória até a estabilização econômica do profissional, uma representação social presente entre alunos e profissionais. Acrescentou-se a essa idéia a de que os profissionais que permanecem no serviço público são os que não conseguiram a estabilização econômica, e, portanto, são considerados como aqueles que não se deram bem profissionalmente (Tabela 5.7, questão 26, anexo). Discordaram deste item 65,5%, mas 93,8% admitem que no início da carreira é necessário ter um emprego para garantir a sobrevivência, muitas vezes se submetendo a condições de trabalho insatisfatórias e a baixos salários (Tabela 5.7, questão 17, anexo). Donnangelo (1976) afirma que entre os profissionais por ela pesquisados, especialmente os de início de carreira, o assalariamento é considerado um "*estágio inicial de passagem para nova modalidade de trabalho*"(p.97). Porém, salienta que em sua amostra encontram-se profissionais assalariados nos diferentes grupos distribuídos de acordo com o tempo de exercício profissional. Os dados mostram que essa é uma representação que persiste ainda entre os alunos pesquisados, apesar de que cada vez mais a condição de assalariamento deixa de ser um "*estágio inicial*" para ser uma forma permanente de inserção no mercado de trabalho.

Gráfico 5 - Demonstrativo das questões relativas ao prestígio profissional (questão 14) X salário profissional (questão 24). UFG, 1996.

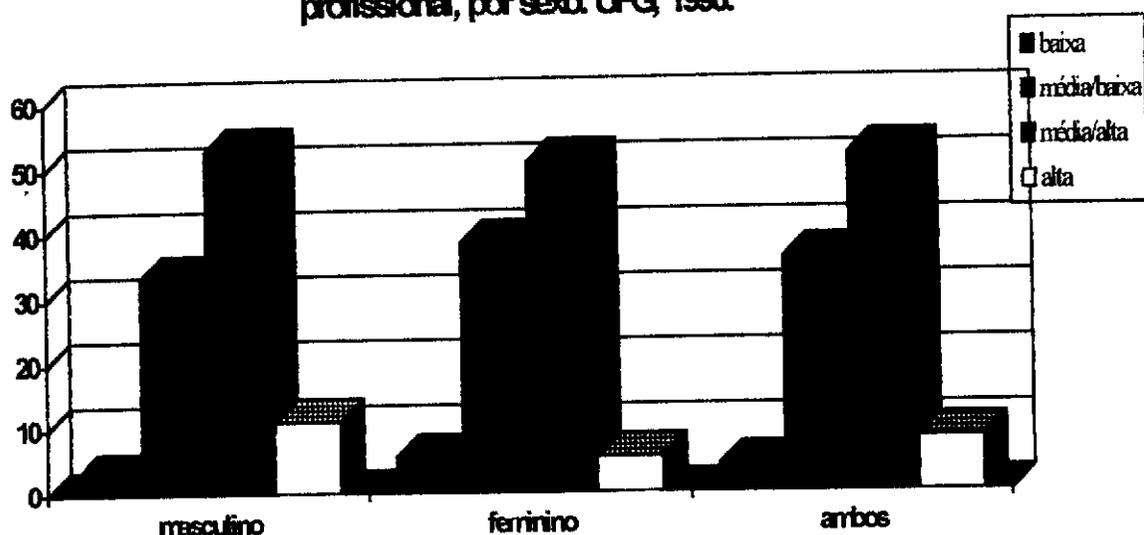


Quando perguntados se o protótipo de um profissional bem sucedido seria aquele que concilia a sua atividade no consultório particular com a atividade hospitalar e, especificamente, no caso do cirurgião-dentista, com o ensino (Tabela 5.7, questão 25, anexo), os alunos de Medicina se consideram sem opinião em 40,4% dos casos, enquanto os homens de Odontologia concordam em 70,6% dos casos e as mulheres de Odontologia em apenas 41,4% dos casos. Esses dados permitem a seguinte interpretação: o ideal do profissional bem sucedido, para os alunos de Medicina, está tão distante da realidade da maioria dos profissionais dessa categoria que não mais possuem um referencial do que seja um profissional bem sucedido. Esse perfil do profissional bem sucedido para o aluno do sexo masculino de Odontologia ainda é válido. Entre os professores da Faculdade de Odontologia da UFG 66,7% são do sexo masculino e conciliam a atividade no consultório particular com o ensino. Para as mulheres de Odontologia esse ideal está mais distante, distância essa que se expressa na diferença entre as respostas.

Para observar a aderência dos alunos a essas representações sociais acerca do prestígio profissional procedeu-se da mesma forma discutida no item

anterior²⁸. Observa-se que os alunos encontram-se no índice de 51,7% na faixa média/alta (escores entre 9 a 12) e 35,9% na média/baixa (escores entre 5 a 8) (Gráfico 5). Em relação ao curso e sexo, 23,5% dos alunos do sexo masculino de odontologia encontram-se na faixa alta (escores entre 13 a 16), dado compatível com a escolha profissional desses alunos, onde 52,9% escolheram a profissão visando uma melhor posição social (Tabela 5.18).

Gráfico 6 - Aderência dos alunos à representação social acerca do prestígio profissional, por sexo. UFG, 1996.



No início do curso, 75% dos alunos do sexo masculino de medicina das primeiras séries encontram-se na faixa média/alta e 5,0% na alta. Ao final do curso, 11,1% encontram-se na faixa alta e 44,4% na faixa média/alta, havendo um incremento significativo na faixa média/baixa de 15% para 44,4%. O mesmo pode ser observado entre as alunas desse curso, o que nos leva a supor, que o prestígio profissional, dentro do próprio curso, é uma característica da profissão que está sendo questionada, ou melhor, redimensionado (Tabela 5.17, anexo).

²⁸. Deve-se ressaltar o fato de que este bloco possui apenas 4 questões, por isso essa variação dos limites.

Para as mulheres do Curso de Odontologia o prestígio da profissão parece ser importante, visto que 28,6% delas, no final do curso, encontram-se na faixa alta. Mas a tendência continua sendo uma aderência média/alta (42,9%) como nos demais grupos, isto é, tendem a admitir a idéia de que a profissão confere *status* diferenciado a seus membros.

A perda das características da profissão como liberal não acarreta uma perda de seu prestígio. Apesar do ideal profissional relatado por Schraiber (1991) não ser possível dentro da conformação do mercado, a representação social do prestígio como mantenedor do “*status*” profissional está presente. Esta tendência se faz perceptível entre os alunos pesquisados.

O prestígio das profissões é conferido socialmente; não se observa uma relação direta da perda da autonomia econômica das profissões com o prestígio. Portanto, os profissionais são reconhecidos socialmente como “doutores”, título que lhes conferem, de antemão, um *status* diferenciado na sociedade. Todavia, como ressaltado por Donnangelo (1976), não reflete o nível de renda do profissional e oculta a divisão técnica e social do trabalho nessas profissões, promovendo, segundo Schraiber (1991), uma hierarquização social e econômica dos seus membros.

2.1.3 - A representação social dos alunos sobre autonomia técnica e econômica

Para que uma ocupação seja caracterizada como uma profissão, ela necessita ter autonomia técnica e econômica. Entende-se por autonomia técnica a posse de um conhecimento específico, fechado, esotérico (permeado por códigos) e que só pode ser decodificado pelos pares. A autonomia econômica aponta que a profissão é uma ocupação de tempo integral, remunerada, através

da qual os seus membros adquirem condições materiais de sobrevivência (Machado, 1995. b, c).

Quando o profissional da área da saúde passa a exercer a profissão de forma autônoma ou assalariada, uma das conseqüências é a perda da autonomia técnica e econômica da profissão. A perda da autonomia técnica se dá quando o profissional se submete às normas e ética da instituição a que está vinculado. Surge, portanto, a idéia de controle do trabalho médico, de rotina, de padrão, de medida de tempo, de hora, de seqüência, entre outros (Machado, 1995.b).

Várias áreas da medicina permitem a padronização. Esta tendência se acirra quando o profissional passa a estar cada vez mais vinculado a uma organização, que para ter o controle sobre a valorização do capital empregado, cria mecanismos de controle sobre o trabalho médico do tipo: média de exames complementares para o diagnóstico de uma determinada enfermidade, tipo de medicação que pode ser utilizada e que não onere o custo do tratamento, no caso de internações, o tempo médio de permanência por enfermidade, entre outros (Machado, 1995,b).

Pesquisar a autonomia técnica da profissão junto a acadêmicos, como o conceito acima expresso, é uma tarefa difícil e com resultados questionáveis, pois requer do indivíduo uma vivência nesse tipo de organização do trabalho. Portanto, optou-se por pesquisar a tendência a se aceitar esta forma de exercício profissional: autônoma (atendimento a clientela de convênios) e trabalho assalariado (Ver Quadro VI).

Há uma tendência de perda da autonomia econômica da profissão, em função da grande quantidade de profissionais disponíveis no mercado. O controle do mercado começa a sair das mãos do profissional e passa a ser controlado pelas corporações médicas, pela própria incorporação de capital nesse ramo de atividade.

Quadro VI - Questões relativas ao conceito de autonomia profissional.

16. As profissões de saúde, como: médico, dentista são sempre boas, pois permitem que os profissionais obtenham renda compatível com a sua subsistência.
17. No início da carreira profissional, os recém-formados necessitam arrumar um emprego para garantir a sobrevivência, muitas vezes se submetendo a condições de trabalho insatisfatórias e baixos salários.
19. O profissional da saúde deve trabalhar apenas no consultório particular e atender a uma clientela eminentemente particular.
20. Não se emprega para a área da saúde a lei da oferta e da procura da economia. A saúde está acima da economia; o que conta é a necessidade do paciente.
21. Hoje, para se viver da profissão, não é necessário atender a vários convênios, como: sindicatos profissionais, Unimed, Golden Cross, IPASGO e SUS entre outros, como alguns profissionais fazem.
22. Quando se trata de médico, ou dentista não se pode falar de subemprego ou desemprego.
23. Os cirurgiões-dentistas ainda continuam sendo, predominantemente, considerados profissionais autônomos. O mesmo não se pode afirmar em relação aos médicos.
24. Os profissionais de saúde, mesmo sendo submetidos a baixos salários, continuam gozando de alto prestígio junto à população.
25. Todo médico bem sucedido trabalha um período em um hospital, dedicando-se ao atendimento dos pacientes e, ao mesmo tempo aprimorando seus conhecimentos. O outro período se dedica ao consultório particular. Já o dentista alterna o seu horário profissional com atividade de ensino.
26. O serviço público é uma opção de trabalho que alguns assumem até se estabilizar financeiramente. Os que permanecem nele é porque não se deram muito bem profissionalmente

Dados que apontam para a perda de autonomia profissional podemos encontrar em Machado et alii (1996), onde 48,1% dos médicos entrevistados já não se consideram como profissionais liberais. Como já foi discutido, 84,1% dos alunos concordam com a afirmação de que a profissão que escolheram é liberal, mas, destes, 63,4% concordam apenas em parte, o que leva a crer que, mesmo não dominando a dimensão do conceito, apontam para uma certa insegurança na confirmação dessa questão, em particular.

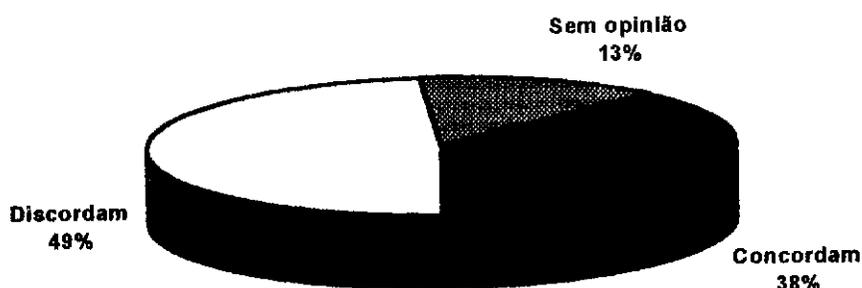
Mesmo que os dados sobre a realidade do trabalho, especificamente médico e, em geral, na área da saúde, pudessem nos apontar para números mais baixos em relação à adesão a idéia da profissão enquanto liberal, não se pode perder de vista o próprio projeto dessas profissões e a adesão dos profissionais a ele. Essa adesão se consolida ao longo dos cursos, dando a elas o caráter

hegemônico que possuem. Portanto, a mudança na representação social do profissional e a dúvida do aluno apontam para transformações que se refletem na própria prática profissional e na aceitação de suas formas de organizações que se distanciam da liberal, e, conseqüentemente, da autonomia da profissão.

Vale reforçar que a autonomia profissional não se esgota no controle do trabalho. Contudo, reflete, como lembra Freidson (1978), a crença da sociedade na necessidade dessas profissões. Quando se fala em tendências das profissões em estudo, os mecanismos de manutenção e redefinição dessa crença também estão postos, mas não são óbvios, bem como os arranjos e rearranjos da autonomia dentro das profissões.

Sobre o conceito de autonomia expresso neste bloco, 48,9% discordam, entre plenamente e em parte; 13,4% se dizem sem opinião formada sobre o tema (Gráfico 7). A idéia de se submeter ao exercício autônomo da profissão, e até mesmo ao assalariamento, não parece ser estranha aos alunos.

Gráfico 7 - Nível de concordância com o conceito de autonomia profissional. UFG, 1996



A necessidade de se ter uma fonte de renda, até que a clientela do consultório particular esteja estabelecida, é uma idéia compartilhada com 93,8% dos entrevistados (Tabela 5.7, questão 17, anexo). Todavia, o que se vê é um aumento dos postos de trabalho assalariado na área da saúde, e indica a tendência de assalariamento da categoria. A ausência de trabalhos que indiquem

rotatividade dessa mão-de-obra dificulta o aprofundamento dessa discussão. Um dos alunos entrevistados emitiu a seguinte opinião sobre esta questão: “É o que ocorre na realidade, mas não é o certo”, assinalando que discordava plenamente. Esse fato demonstra uma certa insatisfação com a profissão no sentido de que o profissional tem que se submeter a condições que ele não compactua, o que se constitui em uma violência ao indivíduo.

“ Ressaltamos que, de um modo, geral percebemos os médicos com o sentimento de incerteza, pessimismo, uma incapacidade de vislumbrar um futuro otimista, realizador. Esse sentimento de “ impotência” é paradoxalmente oposto à imagem representada socialmente pelas ciências médicas. Poderíamos dizer que: a medicina está muito bem, os médicos não. Os dados apresentados nos levam a crer nisso. A medicina é para os médicos sinônimos de: pessimismo (40,4%); incerteza (16,7%); assalariamento, convênio e “socialização” (6,8%). Somente 18,7% associam a profissão à otimismo e 3,1% à competência. Nos chama atenção que 12,6% declararam não ter opinião formada sobre seu futuro” (MACHADO et alii: 1996,10).

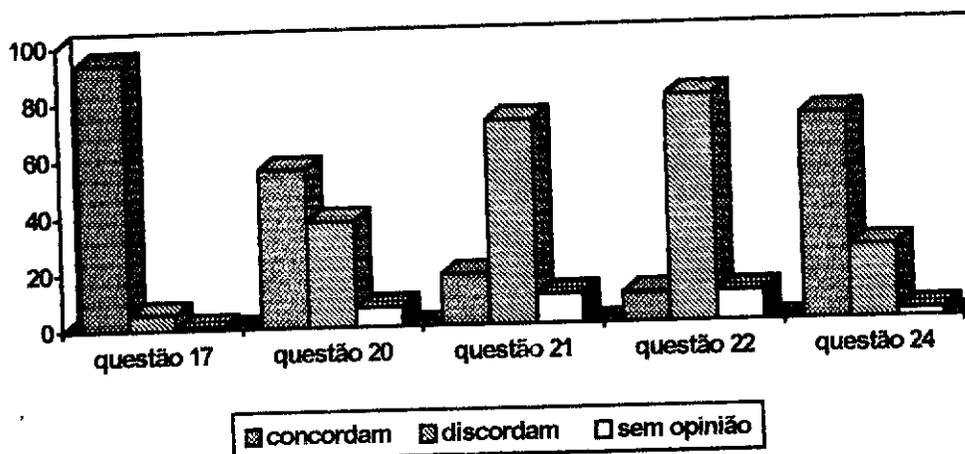
Aí reside o grande mérito desse trabalho: na medida em que se consiga apreender a representação social do aluno sobre a profissão, a sua formação poderá ser orientada de forma a prepará-lo para ter uma postura mais crítica sobre a realidade. Estes sentimentos acima relatados são frutos de um desconhecimento de uma realidade que irá enfrentar.

Na afirmação de que a lei da oferta e procura está acima da saúde, 55,8% concordaram com ela (Tabela 5.7, questão 20, anexo), o que aponta para um desconhecimento das determinações do mercado.

Apenas 17,9% concordam que não necessitam atender a uma clientela conveniada em seus consultórios para viverem da profissão (questão 21). Mas, ao mesmo tempo, 79,3% consideram falsa a afirmação da inexistência de subemprego e desemprego na profissão (questão 22). Porém, 70,4% concordam que mesmo sendo submetidos a baixos salários a profissão continua

gozando de prestígio junto a população (questão 24). O que aponta que para este grupo o pessimismo com a profissão ainda não está presente (Gráfico 8).

Gráfico 8 - Questões relativas ao conceito de autonomia profissional. UFG, 1996.



Observando a aderência dos alunos à representação social sobre autonomia profissional (Tabela 5.22, anexo) nota-se que 53,8% dos alunos estão na faixa média/ baixa (scores entre 11 a 20). Encontram-se na faixa média/ alta 44,1% e, na mesma proporção, na média/ baixa. Não se observa diferença entre os cursos e sexos. 65% dos alunos das primeiras séries, do sexo masculino de Medicina, encontram-se na faixa média/ baixa (Tabela 2.4). Ao final do curso, entre os alunos do mesmo grupo, 66,7% encontram-se na faixa média/ alta. Nos demais grupos não foram encontradas diferenças dignas de nota. Portanto, a aderência dos alunos ao conceito de autonomia profissional, como possibilidade do profissional controlar o seu trabalho, é considerada média/ baixa, o que confirma a tendência observada em relação ao conceito de profissão liberal. Neste conceito o aluno tende a se afastar mais das representações cristalizadas que as profissões que escolheram são liberais. Em relação ao conceito de autonomia profissional, o aluno se afasta da idéia de que possa controlar o seu trabalho.

TABELA 2.4 - ADERÊNCIA DOS ALUNOS À REPRESENTAÇÃO SOCIAL ACERCA DO CONCEITO DE AUTONOMIA PROFISSIONAL, POR CURSO, SÉRIE E SEXO.

CURSO SÉRIE SEXO INTERVALO	MEDICINA						ODONTOLOGIA					
	1		2		3		1		2		3	
	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.
0 - 10 Pontos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	8,3	0,0	20,0	0,0	0,0
11 - 20 pontos	65,0	35,7	50,0	59,1	33,3	75,0	50,0	75,0	37,5	40,0	66,7	57,1
21 - 30 Pontos	35,0	64,3	50,0	40,9	66,7	25,0	50,0	16,7	62,5	40,0	33,3	42,9
31 - 40 Pontos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total de alunos	20	14	26	22	9	8	6	12	8	10	3	7

A par da discussão acerca da centralidade da categoria trabalho na sociedade industrial, ou pós-industrial, uma questão que se apresenta é que o trabalho nesta possui características outras, mas o fulcro destas características ainda é definida pela necessidade de expansão do capital.

O que se observa é que devido à necessidade de expansão do capital, as ocupações que gozavam de posições na sociedade, e que lhes conferiam uma maior possibilidade de renda, reconhecimento social e autonomia, vêm perdendo estes atributos progressivamente. Estes fatos ficam evidentes quando tomamos um dos segmentos do setor de serviços: a saúde. A racionalidade que hoje a perpassa é da crescente burocratização, assalariamento dos membros dessa categoria, padronização / rotinização, tornando-a atividade cada vez mais rentável para o capital, em detrimento do profissional.

O profissional dessa área, que gozava das “diversidades” possibilitadas pelo setor terciário, hoje se aproxima mais dos “laços unificadores”²⁹ do processo de trabalho, ou seja, ele está mais perto da

²⁹ Para Offe, são esses: (...) (a) a dependência da forma de trabalho (não proprietária) da atividade remunerada; (b) sua submissão ao controle de relações de autoridades empresarialmente organizadas; (c) o risco permanente da perda das oportunidades de trabalho por motivos subjetivos (por exemplo, doenças, invalidez) ou objetivos (por exemplo, mudanças técnicas ou econômicas); (d) o efeito uniformizador da existência e da atuação de grandes entidades do tipo: sindicatos únicos” (...); (e) é possível supor a existência de um orgulho coletivo enquanto base unificadora da consciência do trabalhador, tal qual uma teoria reflexiva do valor do trabalho, na qual o trabalho é visto como “fonte de toda riqueza e toda cultura” (...) (1989:20).

dependência da remuneração, se distanciando da posse de seus instrumentos de trabalho, perdendo a autonomia sobre o trabalho, e está exposto às perdas de oportunidades de trabalho, tanto por motivos objetivos, quanto subjetivos, necessitando se organizar em “sindicatos por ramo de atividade”, para a preservação de seus direitos trabalhistas e condições de sua execução. A consciência de sua inserção no mundo do trabalho não está, em muitos casos, tão evidenciada pela diversidade aparente da sociedade industrial.

A preservação de uma aparente autonomia, mesmo econômica, viabilizada pela garantia e expansão de uma clientela proporcionada pela “medicina supletiva”, é desejável pelas categorias profissionais, apesar de que os dados apontem uma aderência média/ baixa dos alunos à representação de suas profissões como liberais.

A vinculação ideológica das profissões em estudo, com a cura da doença, restabelecimento do indivíduo para o trabalho - função das ocupações do setor de serviço - para Freidson (1978) não limitaria a autonomia da profissão. O que limitaria a autonomia é a própria forma de organização da profissão, que, na realidade, não exerce o controle sobre o trabalho. Segundo esse autor, nas profissões de consulta a autonomia possui as seguintes características: é organizada e criada oficialmente através das instituições profissionais; as profissões têm a possibilidade de regular outras ocupações e elas se educam. Portanto,

“ A autonomia é o resultado crítico da interação entre o poder político e econômico e a representação ocupacional, interação facilitada às vezes por instituições educacionais e outros dispositivos que convenceram satisfatoriamente ao Estado de que o trabalho da ocupação é confiável e valioso ” (Freidson, 1978: 93).

Se há uma interação entre as forças que determinam, no limite, a autonomia que as profissões devem ter, poderia-se afirmar que ela está se modificando, e não que haja uma perda de autonomia profissional. Ao se atrelar às corporações, privilegiando o trabalho na forma autônoma, a profissão

“negocia” a sua forma de autonomia e sobrevivência. O controle do trabalho dos membros da profissão ocorre na medida da conveniência dessa “interação de forças”.

A vinculação da Odontologia com a Medicina de Grupo, seguros-saúde e convênios com entidades de classe também vem se acentuando. Apesar de não ser muito recente esta prática, não dispomos de dados para uma maior aprofundamento. Pode-se afirmar que a lógica que move esta organização profissional, em nível de mercado, é a mesma.

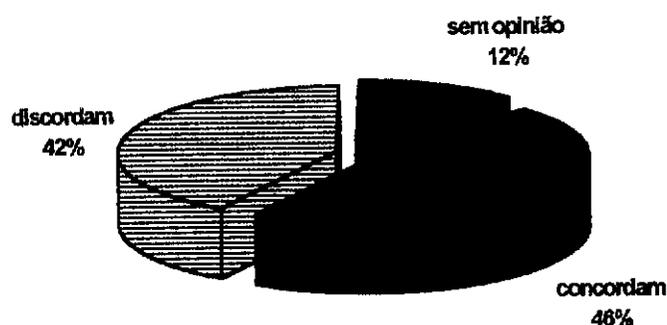
Portanto, a observação de uma aderência média/ baixa dos alunos a idéia de autonomia, como possibilidade de organizar a sua clientela sem intermediação, aponta que essa “interação” está posta, tanto que o aluno representa este arranjo e rearranjo.

2.2 - Reaproximando da representação social dos alunos sobre o mercado de trabalho

Ao proceder uma leitura geral das representações dos alunos sobre o mercado de trabalho, agrupando os conceitos que o compõe estabelece-se uma nova possibilidade de compreensão do óbvio.

Concordaram com as afirmações deste bloco, ou seja, com os conceitos de profissão liberal, prestígio profissional, autonomia técnica e econômica nelas expressas, 46,4% dos alunos, enquanto 41,5% discordaram. 12,1% consideraram-se sem condições de emitirem opinião sobre as questões (Gráfico 9).

Gráfico 9 - Nível de concordância com as representações sociais sobre o mercado de trabalho na área da saúde. UFG, 1996.



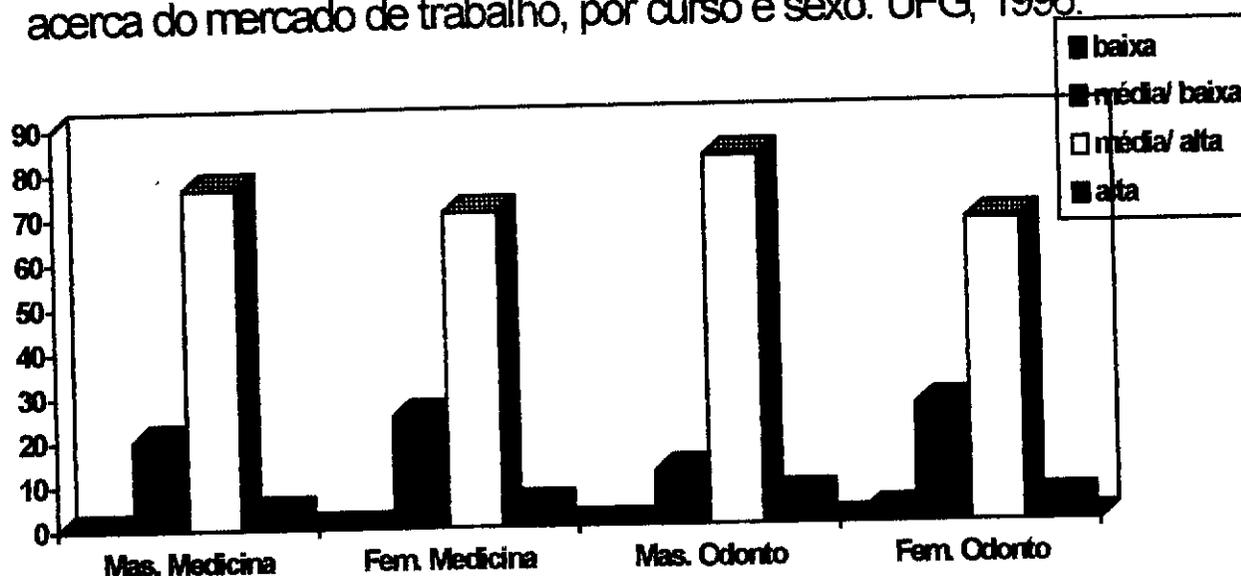
A tendência observada é de concordância com as representações sociais expressas nesse bloco de como se dá a inserção desse profissional no mercado de trabalho, o que reforça o suposto de que o aluno representa sua profissão como liberal, dotada de prestígio e autonomia.

Porém, ao observar-se a tendência de aderência dos alunos a essas representações, nota-se que os mesmos podem ser incluídos na faixa média/ alta (escores entre 27 e 39) no índice de 71,7% (Tabela 5. 10). O aluno não percebe os arranjos e rearranjos pelos quais o mercado de trabalho vem passando, em sua totalidade, por isso tende a manter uma representação social mais afastada da realidade. Os alunos percebem mudanças isoladas, por exemplo, afastam-se do conceito de profissão liberal por reconhecerem que hoje o profissional necessita atender em seus consultórios uma clientela conveniada, portanto, pode-se afirmar que os alunos reconhecem algumas transformações específicas que se processam no mercado de trabalho, mas não a totalidade e as implicações para a sua prática .

Em relação aos alunos do curso de Odontologia, 82,4% do sexo masculino encontram-se na faixa média/ alta, enquanto com as alunas desse

mesmo curso, o índice cai para 58,6%; então, observa-se um aumento na faixa média/ baixa (escores entre 14 a 26), no índice de 34,5%. Esse dado leva-nos a supor, uma tendência das alunas terem uma menor aderência à representação social acerca do mercado de trabalho, mas a maioria ainda se enquadra na faixa média/ alta (Gráfico 9)

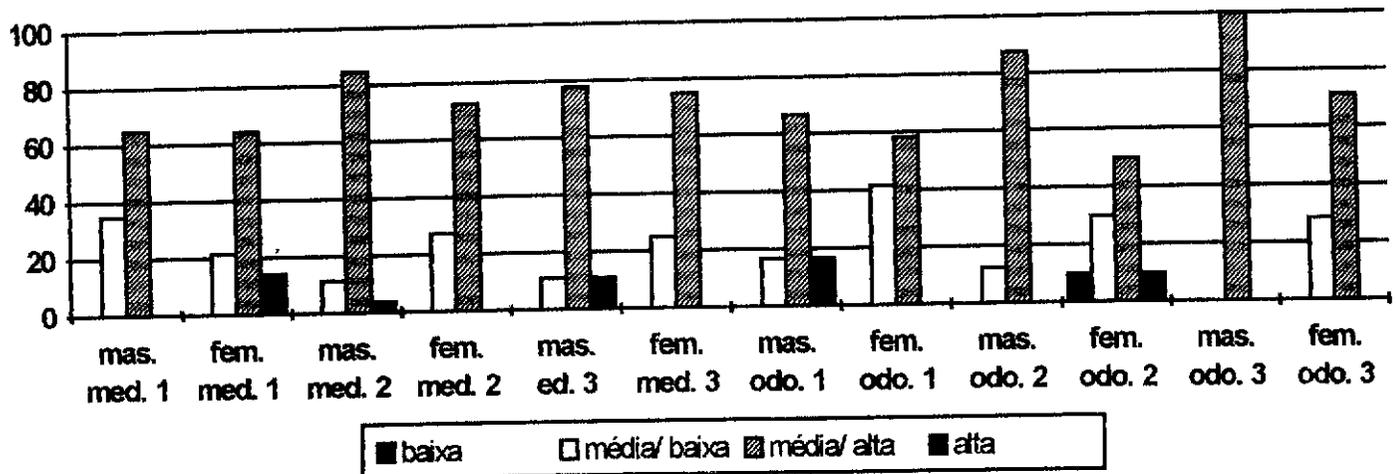
Gráfico 10 - Aderência dos alunos à representação social acerca do mercado de trabalho, por curso e sexo. UFG, 1996.



Observando essa tendência, acrescentando-se a variável série, nota-se aumento do índice na faixa média/ alta para ambos os cursos e sexo, entre os alunos das últimas séries. Vale ressaltar que 14,3% das alunas de Medicina, das primeiras séries, encontram-se na faixa alta (escores entre 40 a 52), nas séries que se seguem esse índice é nulo. Entre os alunos desse curso, é zero a índice nas primeiras séries, aumentando para 3,8% entre os alunos das série intermediárias, triplicando entre os alunos da última série (11,1%). Entre os

alunos do Curso de Odontologia, somente os do sexo masculino das primeiras séries alcançaram escore nessa faixa, atingindo o índice de 16,7% (Gráfico 11).

Gráfico 11 - Aderência dos alunos à representação social acerca do mercado de trabalho, por curso, série e sexo. UFG, 1996.



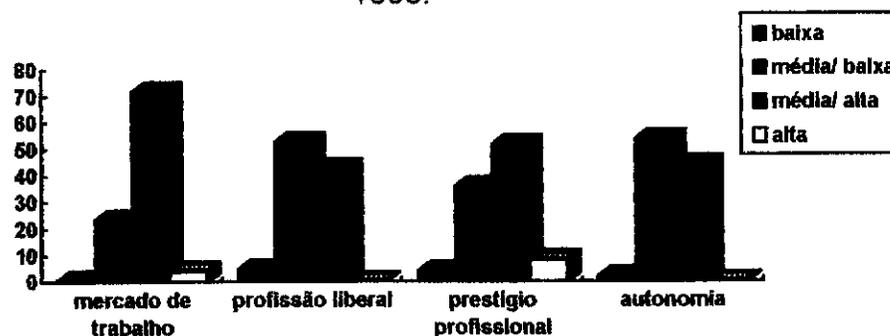
A influência dos cursos na manutenção dos níveis de aderência às representações sociais sobre o mercado de trabalho parece estar presente. Em ambos os cursos os alunos entram em uma frequência menor com uma representação social menos próxima à realidade (faixa média/ alta); ao longo do curso, observa-se um incremento nessa faixa.

Gráfico 12 - Nível de concordância dos alunos com os conceitos abordados. UFG, 1996.



Observa-se, no gráfico 12, que a tendência dos alunos é discordarem dos conceitos elaborados, principalmente de profissão liberal e autonomia profissional, porém, concordam com o conceito de prestígio profissional. No gráfico 13 observa-se uma maior concentração dos alunos nas faixas média alta, em relação ao mercado de trabalho no todo, portanto, a aderência dos alunos as essas representações os distancia da realidade.

Gráfico 13 - Aderência dos alunos às representações sociais pesquisadas, em relação ao mercado de trabalho. UFG, 1996.



2.3 - Representação social dos alunos sobre a especialização na área médica

2.3.1. Motivos da escolha da especialização

No trabalho de Nunes (1976), encontra-se um levantamento bibliográfico sobre os motivos de escolha da especialização. Alguns estudos apontam como critério de escolha motivos relacionados à personalidade do aluno, área de interesse e a sua procedência. Nesses trabalhos, dados como estado civil, religião, *status* e prestígio da especialização e *status* sócio-econômico dos pais dos alunos são considerados fatores que influenciam na escolha da especialização. Portanto, os motivos relacionados com a escolha da especialização são amplos.

No presente trabalho, procurou-se listar critérios que possuíssem relação com a inserção no mercado de trabalho, bem como fossem compatíveis com as características da profissão liberal, e que tentassem contemplar as características consideradas positivas da especialização e a verificação de uma possível influência do curso nessa escolha.

Entre os alunos pesquisados, 96,6% pretendem se especializar após formados. Entre os alunos de Medicina este índice é de 100% (Tabela 5.23, anexo). Em Machado et alii (1996) encontra-se que 73,2% dos profissionais da região Centro-oeste cursaram residência. Segundo dados contidos em outro trabalho de Machado (1992), sobre as especialidades médicas, 50% dos formandos de Medicina conseguem uma vaga nos programas de residência. Das 64 especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, 31 são oferecidas no Estado de Goiás. Por meio dos dados apresentados, por Machado (1992), pode-se depreender que existem, aproximadamente, 70 vagas de

residência, por ano, no Estado. Apesar de 100% dos alunos pretenderem se especializar, nem todos vão conseguir; portanto, no Estado de Goiás, apenas 63,6% dos alunos terão possibilidade de cursar uma residência. Nesses cálculos não estão incluídas as possibilidades do aluno cursar a especialização fora do Estado e nem que candidatos de outros estados venham cursá-la aqui.

No caso da Odontologia, a tendência à especialização vem aumentando. Estudo realizado por Parahyba Neto e colaboradores (1983) sobre o cirurgião-dentista formado pela Faculdade de Odontologia de Pernambuco no período de 1961 e 1967, verificou que 71,3% dos profissionais não exerciam nenhuma especialidade. Em pesquisa de Pereira & Botelho (1996), dos cirurgiões-dentistas que atuam no Estado de Goiás e se graduaram na década de 80, apenas 24,4% se especializaram. Dados fornecidos pelo Conselho Regional de Odontologia - seção de Goiás apontam que apenas 13,9% dos cirurgiões-dentistas inscritos até 1996 são especialistas.³⁰ A própria realidade da especialização na Odontologia condiciona que muitos não consigam se especializar. Perri de Carvalho (1995) cita que o principal projeto para o futuro entre os profissionais pesquisados é a obtenção de uma renda compatível com as necessidades da família. Com os dados expostos sobre o mercado de trabalho na área da saúde, fica evidente que, ao inserir-se nele, o aluno passa a ter como objetivo a sua subsistência, e nem sempre o curso de especialização é compatível com a sua renda. Como já foi discutido, 53,1% dos alunos pesquisados consideram falsa a afirmação de que as profissões que eles escolheram permitem que o profissional obtenha um renda compatível com a sua subsistência³¹.

³⁰ Estão incluídos nesses 13,9% os especialistas com inscrição principal e secundária. Pelo Código de Ética Odontológica, o profissional pode se inscrever em uma especialidade como principal e em outras, de acordo com a área de abrangência do seu curso e o nível, se especialista, mestre ou doutor, nas consideradas secundárias.

³¹ Essa renda compatível com a subsistência do profissional é uma informação quantitativamente diferente para cada grupo social, mas pode-se afirmar que para esse grupo pesquisado, cujas semelhanças predominam supõe-se que essa expectativa seja semelhante.

Há trinta anos, o protótipo do médico era o clínico geral, hoje é o especialista, como afirmou Pereira: “(...) *aquilo que era uma tendência, na verdade, já se transformou em norma*” (1979: 49). mesmo a especialidade sendo um ideal para o profissional de Odontologia, a forma como os cursos de especialização é oferecido, na maioria dos casos com ônus para o profissional, ele torna-se de difícil acesso para o profissional. Atualmente funciona no Brasil 316 cursos de especialização, segundo dados de Pinto (1996).

Nessa pesquisa, constatou-se que 49% dos alunos já se decidiram acerca da especialização que irão cursar após a graduação. Entre os alunos de Medicina, 26,3% dos das primeiras séries já se consideram decididos em relação à especialização. Esse índice sobe para 50% entre os alunos de Odontologia. Separando, no caso de Odontologia, por sexo, entre os alunos do sexo masculino, 50% já decidiram a especialização, enquanto, entre as mulheres, 44% já o fizeram (Tabela 5.23, anexo)

Nunes (1976), ao pesquisar os motivos da escolha da profissão entre os alunos de Medicina, incluiu questões relativas aos motivos da escolha da especialização. Concluiu que para os alunos do primeiro ano a especialização está associada aos valores gerais da profissão, e entendeu que estes valores podem ser expressos nos motivos da escolha profissional, apresentados no presente trabalho; portanto, 34,1%, como já foi discutido, escolhem a profissão devido ao mercado de trabalho (13,5%), compensação financeira (6,8%), posição social (2,9%) e maior segurança e tranquilidade no futuro (10,9%) (Tabela 5.5, anexo).

Dos alunos das primeiras séries de Odontologia que já se decidiram sobre a especialização, 57% apontam a ortodontia como escolhida. No trabalho de Freire (1995), citam a ortodontia 56,9% dos acadêmicos recém-ingressos de Odontologia da UFG, que já se decidiram acerca da especialização que irão cursar. O confronto dos dados da pesquisa de Nunes com a tendência de escolha precoce de especialização, principalmente a ortodontia, fica a dúvida se a

motivação da escolha da profissão não se dá mais pelas características da especialização, o que nos mostra uma maior tendência dos homens optarem para a cirurgia como a especialização mais citada. Segundo dados do Conselho Regional de Odontologia seção de Goiás, dos 23 profissionais inscritos como especialistas em cirurgia, 91,3% são do sexo masculino (Tabela 5.42, anexo)

Foram listados como motivo da escolha da especialização nesta pesquisa: escolhida antes de ingressar na curso, após cursar a disciplina correspondente (ambas consideradas escolhas precoce da especialização), por ser nova e ter poucos especialistas atuando na área, possibilidade de herdar a clientela familiar, retorno financeiro garantido (anexo).

Analisando as respostas, em linhas gerais, obteve-se como principal fator que influenciou a escolha da especialização a disciplina correspondente do curso (52,1%), seguido da possibilidade de retorno financeiro (45,1%). Escolheram a especialização, antes do ingresso no curso, 22,5% dos alunos (Tabela 2.5)

Somando-se os fatores que caracterizam escolha precoce da especialização, observa-se que 74,6% dos alunos escolhem a especialização quando ainda não dominam, de uma forma mais global, o conhecimento produzido na área, quando o conhecimento que têm da profissão é aquele representado pela sociedade. Não se questiona sobre a sua validade, mas sobre a escolha da especialização, outros motivos precisam ser levados em consideração, e, como aponta Nunes (1976), até a área de interesse e personalidade do aluno. Ao escolher a especialização, no momento de cursar a disciplina, fatores como o prestígio dela dentro das faculdades, a possibilidade de incorporação de tecnologia que elas possuem, inclusive condicionada pelo prestígio, como aponta Donnagelo (1976), levam a uma orientação precoce para a especialização. Durante o curso, o aluno precisa estar mais aberto possível ao conhecimento, mesmo que fragmentado, que o curso tem a oferecer-lhe; aberto enfim às atividades intra e extracurriculares na busca de um conhecimento mais

integral e não condicionado a especialidade. Na maioria dos casos, o aluno torna-se monitor, faz pesquisa na área e acompanha o professor em todas as suas atividades.

TABELA 2.5 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS MOTIVOS DE ESCOLHA DA ESPECIALIDADE, POR CURSO, SÉRIE E SEXO. UFG, 1996.

CURSO	MEDICINA						ODONTOLOGIA						Geral
	1		2		3		4		5		6		
SÉRIE	Mas	Fem	Mas	Fem	Mas	Fem	Mas	Fem	Mas	Fem	Mas	Fem	
SEXO	Mas	Fem	Mas	Fem	Mas	Fem	Mas	Fem	Mas	Fem	Mas	Fem	
Escolhida antes de ingressar no curso	40,0	100,0	11,1	0,0	37,5	0,0	66,7	100,0	33,3	0,0	0,0	0,0	22,5
Escolhida após cursar a disciplina correspondente	0,0	0,0	44,4	44,4	87,5	71,4	0,0	0,0	66,7	100,0	100,0	75,0	52,1
Especialidade nova, poucos especialistas	0,0	0,0	5,6	0,0	37,5	42,9	33,3	0,0	0,0	0,0	33,3	0,0	12,7
Possibilidade de herdar clientela familiar	0,0	0,0	11,1	0,0	25,0	14,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	7,0
Retorno financeiro garantido	40,0	33,3	55,6	66,7	37,5	42,9	33,3	66,7	33,3	40,0	33,3	0,0	45,1
Total de alunos	5	3	18	9	8	7	3	3	3	5	3	4	71

Machado (1995:11) aponta como fatores que influenciam na escolha da especialidade: remuneração e oferta e condições de emprego. Na amostra pesquisada, esses fatores correspondem a 64,8%³² dos motivos da escolha da especialidade. Ao mesmo tempo em que se nota uma orientação precoce para a escolha da especialidade, motivos mais pertinentes ao mercado de trabalho são considerados pelos alunos. Destaca-se o fato de que 7% dos alunos listam a possibilidade de “herdar” a clientela familiar como motivo da escolha da especialização; dentre estes, 25% são alunos do sexo masculino de Medicina. Os dados confirmam a tendência observada em outros estudos³³, e também neste, sobre a continuidade do exercício profissional dos pais e familiares (Tabela 2.5).

³² O leitor pode ter percebido que a soma dos motivos da escolha da especialização ultrapassa a 100%; isso ocorreu porque o aluno poderia escolher mais de um dos motivos listados, o que se deu na maioria dos casos.

³³ Ver principalmente: Juan C. Garcia (1972), Everardo Nunes (1976), Maia Helena Machado (1996)

Outra dimensão apontada por Machado (1995.a), sobre a especialização na medicina, é que esta, além de se constituir num momento de aprendizagem para o profissional, é caracterizado como um adiamento da inserção do profissional ao mercado de trabalho. Como lembra os valores dos salários dos residentes são geralmente maiores do que os salários que poderiam perceber no serviço público³⁴. O que, de certa forma, faz com que esta situação seja desejável pelos profissionais e que leva à tendência de aumentar o tempo dos programas de residência médica.

As características da especialização médica citada, pela autora, não são encontradas para a especialização em Odontologia. Especificamente no Estado de Goiás, os cursos de especialização oferecidos são todos pagos e a mensalidade, na maioria dos cursos, ultrapassa o valor médio dos salários profissionais atuais, dependendo do curso e da instituição que o ministra. Por isso, um dos motivos listados para não se especializar, encontrado entre os alunos de Odontologia, foi de não ter dinheiro para custear o curso. Mas esse fato não parece se constituir em um impedimento para o desejo de se especializar entre a maioria dos alunos. Já o número de profissionais especialistas é muito baixo, em relação aos médicos, como discutido.

Nos dados fornecidos pelo Conselho Regional de Odontologia, secção de Goiás, observa-se que 51,6% dos especialistas concentram-se na faixa etária de 30 a 39 anos. Por um lado, esses dados apontam para a crescente tendência da especialidade na profissão, visto que nas faixas etárias acima de 50 anos esse índice cai para 12,4%. Por outro lado, apontam para um rejuvenescimento da força de trabalho dentro da categoria.

³⁴ No final do ano de 1996 o MEC remunerava os residentes com bolsas em torno R\$ 1.100,00, enquanto o salário profissional gira em torno de 3 salários mínimos.

2.3.2. Discutindo a representação social dos alunos sobre a especialização

Segundo Pereira (1979), pode-se apontar como fatores que estimularam a tendência da especialização, principalmente na Medicina: o desenvolvimento da ciência, forçando os profissionais a restringirem a sua atuação, aprofundando o conhecimento em uma área e a conseqüente sofisticação tecnológica, principalmente no ato diagnóstico (Santos, 1995). Esses fatores aliados, ao que Pereira denomina “dependência cultural do Brasil” em relação, principalmente, aos Estados Unidos, geraram uma prática médica apoiada pelas instituições formadoras e pelas classes de renda mais altas, aos moldes daquela praticada nesse último país. Essa transposição da prática médica, principalmente dos Estados Unidos, denominada “efeito de demonstração”, importa um paradigma que, no limite, já se encontrava em crise em seu país.

A Medicina dos Estados Unidos se consolida como hegemônica a partir da década de 10, com a regulamentação do ensino médico e o aumento da autoridade cultural da profissão. É importante destacar o papel decisivo da Associação Médica Americana para essa consolidação. No início da década de 20, intensifica-se a divisão técnica do trabalho na profissão. Há um conflito dual entre a reserva de mercado e as especialidades médicas, que até então eram exercidas por profissionais auxiliares, como patologia, anestesiologia e a ginecologia, com o médico clínico geral. O modelo de atenção médica passava a se centrar no especialista. Ao mesmo tempo que emergia esse novo modelo de atenção médica, de alto custo individual e social, a sociedade norte-americana se une contra os preços abusivos, e começam a aparecer os seguros saúde

(Starr, 1991). Estavam dadas as condições para o início das redefinições da organização profissional, nesse país.

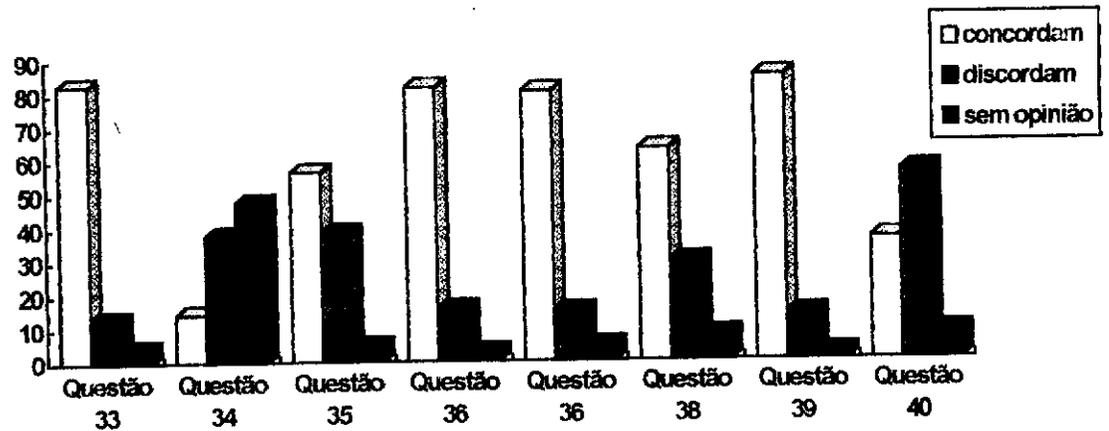
No Brasil, há trinta anos, podia-se falar em tendência à especialização e ao assalariamento; hoje isto é um fato. As transformações no mercado de trabalho na saúde são recentes. Mas o modelo de atenção, “importado” de forma acrítica dos Estados Unidos, não dá conta da contradição entre o “real” e o “possível” da prática em saúde. Portanto, formam-se profissionais aptos a trabalharem com tecnologia de ponta compatível com a realidade do 1º mundo, num sistema de saúde de 3º mundo. Um profissional apto a resolver os problemas de saúde do 1º mundo (crônico-degenerativas), tendo que trabalhar com um padrão de doença do 3º mundo (infecto-contagioso-parasitário). Formam-se profissionais aptos a trabalharem em uma realidade de padrão sócio-econômico de 1º mundo com uma população cujos níveis de desemprego é ascendente e a incidência de doenças provenientes de falta de infra-estrutura básica encontram-se em progressão, isto é, dentro de um padrão sócio-econômico de 3º mundo.

O lado perverso dessas contradições é que este modelo de atenção médica passa a ser desejado por toda a população (Pereira, 1979). A prática da saúde “ideal” é aquela cuja tecnologia de ponta é utilizada, tanto no diagnóstico, como no tratamento, mas seu custo é proibitiva, tanto para a maioria da população, como para a maioria dos profissionais, que não consegue executá-la. A prática “possível”, portanto, torna-se altamente frustrante para ambos, apesar de poder resolver os problemas de saúde da população, se executada em um contexto de políticas sociais³⁵.

Na tentativa de apreender a representação social dos alunos, acerca da especialização, foram formuladas 8 questões, abrangendo alguns aspectos já discutidos (Ver quadro VII).

³⁵ Entendendo a saúde além da ausência de doença, portanto, além do seu componente biológico.

Gráfico 14 - Nível de concordância dos alunos com as questões referentes à especialização. UFG, 1996.



Quadro VII - Questões referentes a especialização na área da saúde.

33. A especialização dá um "status" diferenciado para o profissional, principalmente se é feita em lugares de maior prestígio.
34. Os convênios credenciam qualquer profissional; não há necessidade do título de especialista para este fim.
35. O curso em que você está matriculado é conduzido de forma a despertar no aluno a necessidade e importância de uma especialização. Só assim os alunos serão bons profissionais.
36. A especialização é uma forma do profissional adquirir maior confiança após a graduação.
37. A especialização na área médica se dá, fundamentalmente, pela impossibilidade de uma única pessoa deter todo o conhecimento nesta área.
38. A crescente especialização que está se dando na área da saúde até facilita o acesso do paciente ao tratamento. O custo adicional, devido ao aumento do número de profissionais envolvidos no caso, é compensado pela sua maior qualidade.
39. Quando o profissional se especializa, as chances de errar no diagnóstico e tratamento diminuem, porque o profissional está mais apto a interpretar os resultados dos exames complementares fornecidos por equipamentos mais sofisticados.
40. O profissional, ao se especializar, consegue ter uma visão mais global do paciente. Relaciona com maior facilidade a sua especialidade com as demais.

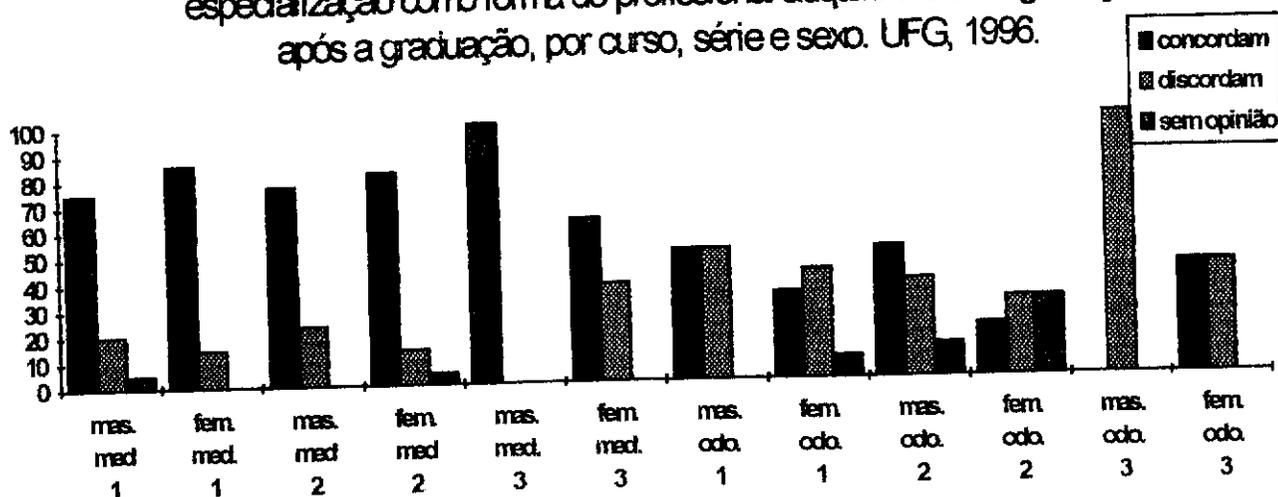
Nas respostas acerca da representação social dos alunos sobre a especialização, observa-se que 82,7% consideram que a especialização confere *status* diferenciado ao profissional, principalmente se ela é feita em lugares de maior prestígio (Tabela 5.27 questão 33, anexo). Este nível de concordância condiz com o privilégio que se dá a este modelo de atenção à saúde. Segundo

Mendes (1986), a ênfase à especialização constitui-se num dos elementos ideológicos da prática e do ensino na saúde.

Concordam com a afirmação de que a especialização é uma forma do profissional adquirir maior confiança após a graduação, 81,4% dos pesquisados, não havendo grande diferença nas respostas entre os cursos. 100% dos alunos do sexo masculino, da última série do curso de Medicina concordam plenamente com essa afirmação (Tabela 5.25, questão 36, anexo). O mesmo ocorre em relação aos alunos de Odontologia da última série do sexo masculino. Esse dado causa-nos uma certa preocupação frente à discussão sobre oferta e demanda da especialização. Em relação às mulheres que frequentam ambos os cursos, da última série, pode-se afirmar que a tendência é de concordar com essa questão, mas aparece a concordância em parte (37,5% Medicina e 42,9% Odontologia), pois para a mulher o acesso à especialização, principalmente fora do seu local de residência, está na dependência de fatores mais afetos a sua vida pessoal do que profissional (Gráfico 15). O curso de graduação pode e deve dar conhecimento suficiente para o ingresso no mercado de trabalho, visto que o ingresso a uma especialização pode esperar. Supõe-se que este seja um dilema que atinge as mulheres, agravadas por restrições ao acesso à certas áreas de especialização e emprego, como cita Camillo-Coura (1995).

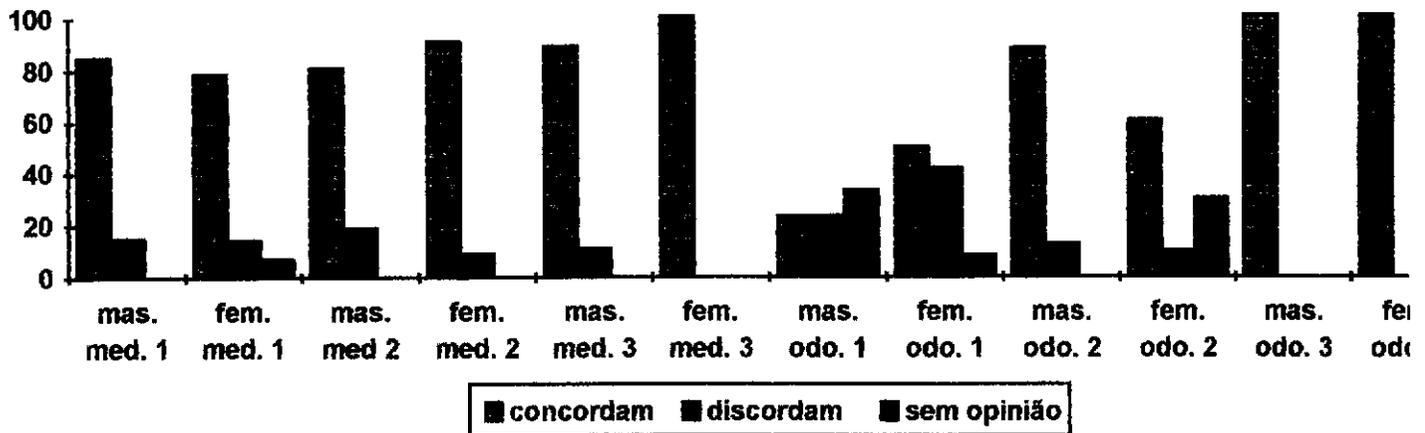
Comparando-se com a tendência de especialização precoce, um dado que se apresenta contraditório é o fato de que apenas 56,5% dos alunos considerarem o curso com uma orientação à especialidade, mesmo que este número represente a maioria (Tabela 5.27. questão 35). É natural que o curso tenha essa orientação, bem como é natural que cada especialista ensine a sua especialidade, apesar da pretensão dos cursos em formarem clínicos gerais. Para Pereira (1979), a especialização é estimulada durante o período de formação profissional. Essa especialização estimulada teria as características já discutidas, ou seja, seria a imitação de um modelo de assistência inadequado para os padrões de doença de um “país em desenvolvimento”.

Gráfico 15 - Nível de concordância do aluno com a idéia da especialização como forma do profissional adquirir maior segurança após a graduação, por curso, série e sexo. UFG, 1996.



O discurso mais freqüente sobre as benesses da especialização é que ela é considerada uma decorrência da amplitude do conhecimento produzido pela área médica. Por isso é impossível que uma única pessoa possa deter o conhecimento produzido na área, que o possibilitaria ter uma prática geral. Concordam com esta afirmação 80% dos alunos pesquisados (Tabela 5.27, questão 37, anexo). Entre os alunos das primeiras séries do curso de Odontologia, do sexo masculino, esse índice é menor, sendo que 33,4% concordam, e, apresentando o mesmo índice, 33,4% discordam. Entre esse grupo, essa não é um questão muito clara, mas ao final do curso 100% dos alunos, de ambos os sexos, concordam com essa afirmação (Gráfico 16).

Gráfico 16 - Nível de concordância do aluno com a idéia da especialização como decorrência da amplitude do conhecimento na área, por sexo, curso e série, UFG, 1996.



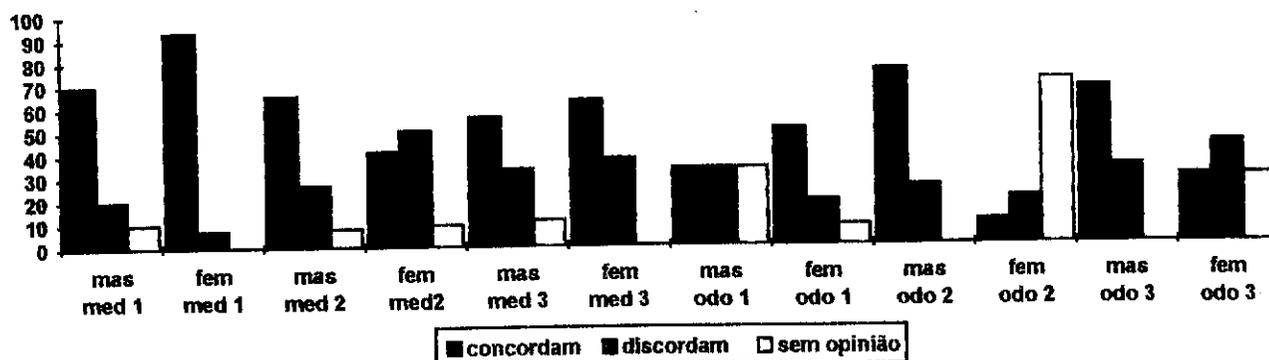
Donnangelo (1976) aponta como decorrência da divisão técnica do trabalho na área médica o aumento do custo de produção na área, "(...) resultante, em grande parte, das mudanças no conteúdo e duração do treinamento profissional, da utilização e rápida substituição de equipamentos, da inclusão de novos tipos de doença de atuação do médico" (p.67). A autora, apoiando-se em Magraw, afirma que as especialidades tendem a criar necessidades na população de acordo com os conhecimentos que elas podem oferecer. Vários são os exemplos que podem ser citados, como a necessidade de acompanhamento da gravidez, através da ultra-sonografia, os vários exames de rotina a que os pacientes são convencidos a se submeterem constantemente, em nome da prevenção das doenças, cirurgias para a correção de deficiências visuais, como miopia, astigmatismo, a necessidade de utilização de aparelhos ortodônticos, as cirurgias estéticas, a substituição de restaurações por materiais considerados "esteticamente mais aceitáveis", entre outras. Sem se fazer uma discussão sobre o mérito de cada uma destas necessidades criadas, sobressai a constatação de que essas inovações aumentam o custo do tratamento médico.

Frente a essas questões, foi perguntado ao aluno a sua opinião acerca da afirmação de que a crescente especialização na área da saúde facilita o

acesso do paciente ao tratamento. O seu custo adicional, devido ao aumento do número de profissionais envolvidos no caso, é compensado pela sua maior qualidade. Concordaram com esta afirmação 62,8% dos alunos, mostrando uma tendência a valorizar os aspectos positivos da especialização (Tabela 5.27, questão 38, anexo). Concordam com essa afirmação 92,9% das alunas das primeiras séries da medicina; ao mesmo tempo, esse índice cai para 49,9% entre as alunas das séries intermediárias. Entre os alunos de Odontologia, essa questão apresenta-se conflitiva. Entre os alunos desse curso, apenas 33,3% concordam, nas séries iniciais, nas séries intermediárias esse índice sobe para 75% (Gráfico 17). Entre as alunas no início do curso, 50% concordam; apenas 10% das alunas das séries intermediárias concordam parcialmente, aumentando significativamente o item sem opinião formada (70%).

Outro aspecto positivo da especialização, com o qual concordam 84,1% dos alunos, é que essa é considerada uma forma do profissional exercer com mais competência a sua profissão, porque estes teriam maiores condições, inclusive, de conhecer e interpretar os exames complementares que seriam fornecidos por equipamentos mais sofisticados (Tabela 5.27, questão 39). Essa questão apresenta-se mais valorizada entre os alunos de Odontologia da última série, sendo que 100% dos alunos de ambos os sexos concordam com ela (Tabela 5.25, anexo).

Gráfico 17 - Opinião do aluno sobre a relação entre especialização e acesso do paciente. Por curso, série e sexo. UFG, 1996.



Entre os entrevistados, 55,9% discordam que a especialização permite ao profissional ter uma visão mais global do paciente, o que demonstra que percebem a especialização como um estudo mais aprofundado, acerca de um aspecto de seu objeto de trabalho (Tabela 5.27, questão 40). Um fato que se apresenta contraditório é que entre os alunos do Curso de Odontologia, os mesmos que consideram que a especialização confere maior competência profissional, 69% discordam que pode conferir uma visão mais global, para o profissional, do seu objeto de trabalho. Entre os alunos da última série de Medicina de ambos os sexos, 59% concordam com essa afirmação, enquanto 41% discordam (Tabela 5.25).

Quando confrontamos a especialização como um dos requisitos para a maior facilidade de inserção no mercado de trabalho, o dado mais significativo é que 47,6% se consideram sem opinião formada, isto é, 47,6% não sabem que a maioria dos convênios contratam apenas especialistas (Tabela 5.27, questão 34). Em relação aos cursos, série e sexo, a tendência permanece (Ver Gráfico 18). Para Pereira (1979), os profissionais tornam-se especialistas mais por uma exigência do mercado do que por vontade própria. Citando o mesmo autor:

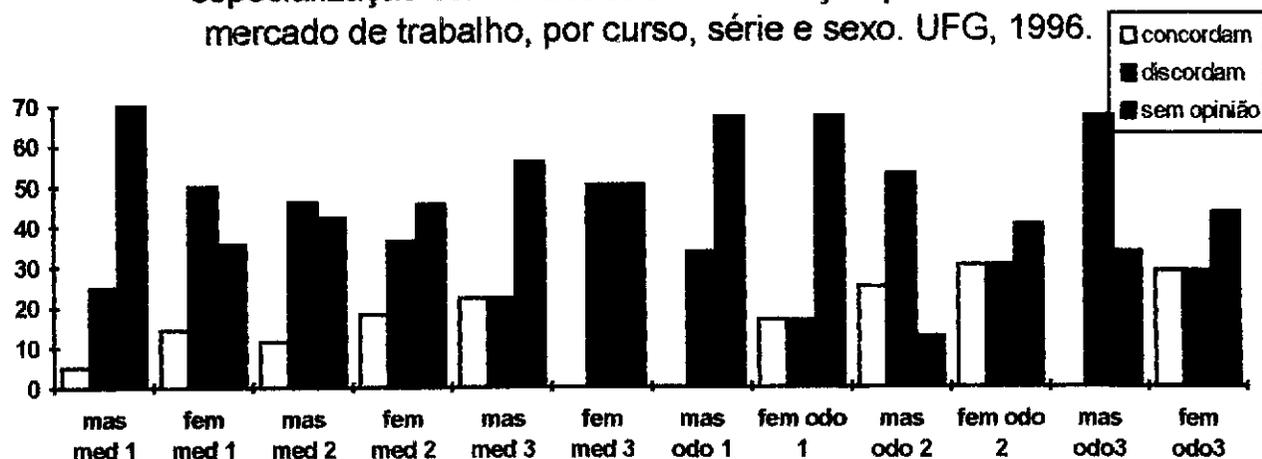
“(....) o especialista se torna uma vítima porque não encontra condições de exercer a clínica geral nem de proporcionar assistência médica integral, sendo obrigado, geralmente, como se disse, a se filiar, na qualidade de assalariado, a organismo estatais, a proprietários de empresas que passaram a atuar no setor, controlando os serviços de saúde, a grupos, etc.”(p.57).

Se a especialização é uma exigência do mercado para incorporação de novas tecnologias, torna-se evidente que essa é uma exigência, também, de ingresso e seleção.

Analisando os fatos presentes no cotidiano das profissões e presentes nos estudos sobre o tema percebe-se a possibilidade de seleção profissional conferida pela especialização. O fato de se criar uma representação social favorável à especialização, e que esta é desejável pela grande maioria dos alunos, se comparada à oferta de vagas e a realidade do mercado, essa passa a se constituir em uma das primeiras frustrações da prática profissional. Nem todos serão especialistas, e os que não possuem este título enfrentam um mercado de trabalho mais reduzido e, conseqüentemente, menor renda, menor prestígio social, inclusive entre os pares, e seguramente, uma maior insatisfação com a profissão.

Observando o conjunto dessas questões, na ótica da aderência dos alunos à representação social, acerca da especialização (Ver Gráfico 19), nota-se que 61,4% dos alunos encontram-se na faixa média/ alta (escores entre 17 a 24) e 21,4% na faixa alta (escores entre 25 a 32). Constituindo-se o conjunto de representações que apresentou um índice mais elevado de aderência na faixa alta. Não se observa diferença em relação ao sexo e curso (Tabela 5.29, anexo). Portanto, a tendência dos alunos é considerar a especialidade como uma necessidade inerente à prática profissional.

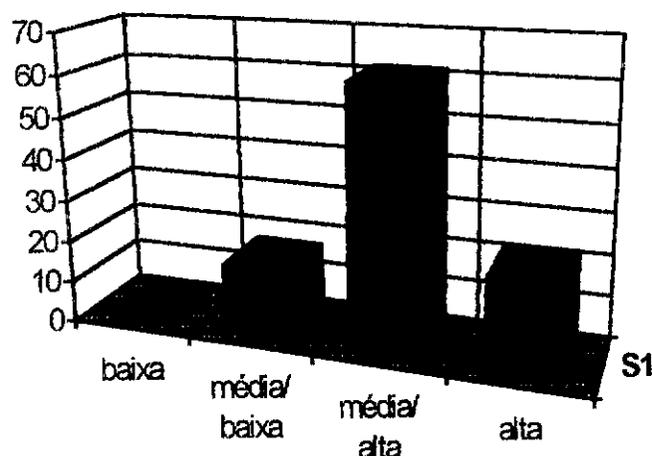
Gráfico 18 -Nível de concordância do aluno com a relação da especialização com a facilidade de inserção profissional no mercado de trabalho, por curso, série e sexo. UFG, 1996.



Retomando à discussão sobre a racionalidade presente nos setores de serviços (Berger & Offe 1991), observa-se que os mecanismos para se evitar as “perturbações e irregularidades” desse setor podem ser detectados na área da saúde, ou seja, podem ser observadas as reservas de capacitação. Os alunos tendem a aceitar o trabalho nessa área como autônomo, sem questionar a lógica do trabalho na forma autônoma. A especialização pode ser considerada uma reserva de qualificação, onde o profissional necessita de uma capacitação maior que a normalmente exigida, devido à característica da prontidão da sua prática.

Como observa Schraiber (1991), as formas de organização do mercado de trabalho médico, que tendem a se estabelecer, são as que permitem uma maior incorporação de tecnologia e um intenso ritmo de especialização. Como consequência para a categoria profissional, acentua-se a divisão técnica e social do trabalho do médico e do cirurgião-dentista. No discurso da categoria e da sociedade, eles são considerados um classe social e as condições que os mantêm como uma classe se tornam cada vez mais ideológicas. Dentro da própria categoria, encontra-se profissionais nas mais variadas colocações, com distintos extratos de renda, autoridade e valorização social.

Gráfico 19 - Aderência dos alunos à representação social sobre a especialização. UFG, 1996.



Santos (1995) identificou no discurso das lideranças da categoria médica o que as mesmas chamam de *perda de referencial profissional*, que se caracteriza pelo dilema entre a orientação para o serviço da profissão e o *chamamento* para um possível retorno financeiro. Na realidade, este dilema se instaura no momento da formação profissional. Ainda, segundo o autor, a especialização para essas lideranças promove um afastamento dos princípios da profissão, principalmente a profissão médica, que é representada como aquela que requer uma “devoção”, que, por sua vez, não condiz com o anseio por um alto retorno financeiro.

Pode-se afirmar que o aluno pesquisado representa o mercado de trabalho da profissão que escolheu afastado da realidade que hoje ele apresenta. A representação social do aluno sobre o mercado de trabalho encontra-se afastada, também, das tendências apontadas pelos estudos. Portanto, a representação social do aluno afasta-se da tendência de assalariamento apresentada pelo mercado. A especialização é representada pelo aluno como

uma tendência inerente à profissão e não como decorrência das necessidades do mercado de trabalho.

INCREMENTO DA PARTICIPAÇÃO FEMININA NO MERCADO DE TRABALHO NA ÁREA DA SAÚDE

O incremento da participação feminina no mercado de trabalho não é um fenômeno recente, como também não é recente a discriminação da mulher quando inserida no mercado de trabalho. Várias são as teorias que se ocupam dessa questão, das neoclássicas às feministas, passando pela segmentação. Está em curso a busca da compreensão do processo pelo qual a subordinação da mulher no mercado de trabalho se efetiva.

A teoria neoclássica, ligada ao capital humano, sugere que a mulher ganha menos do que o homem por ter níveis de capacitação distintos. A outra teoria é a da segmentação, que se constitui em um refinamento da teoria

neoclássica, segunda a qual o mercado de trabalho está segmentado em setor primário e secundário. Neste mercado dual, a discriminação sexual é explicada ainda pela diferença no preparo da mulher para exercer suas funções. Já a teoria feminista tenta explicar a posição subordinada da mulher no mercado a partir da constatação da sua própria condição de subordinação nas outras esferas da vida social (Genebra, OIT).

De qualquer forma, as teorias neoclássicas e da segmentação não conseguem explicar por que em ocupações onde o nível de conhecimento e preparo de ambos os sexos são iguais ainda permanece a discriminação sexual. Um suposto destas teorias é que o mercado de trabalho é acessível tanto a homens e mulheres de forma igualitária. A teoria feminista mostra que as ocupações femininas tendem a ser um prolongamento do trabalho doméstico. Na hora de se atribuir “valor” ao trabalho, qualidades como força física são mais valorizadas do que habilidade manual e a paciência, levando-se a supor a existência de ocupações mais pertinentes às mulheres, como educação de crianças, enfermagem, limpeza, entre outros.

Entender como se forma e se mantém a discriminação sexual do trabalho feminino não se constitui o fulcro deste trabalho, mas identificar como o aluno representa essa discriminação nas profissões que escolheram.

A tendência de “feminilização” de algumas profissões pode ser apreendida como desenvolvimento histórico da relação entre homem / mulher. A relação de dominação do sexo masculino sobre o feminino é uma construção histórica, condicionada pelo modo de produção social e as construções ideológicas. Para Louro:

“ A distinção que existe entre ambos, e que é ao mesmo tempo um tipo de oposição, é constitutiva do ser humano, do ser social. O ser humano é constituído biologicamente como homem e mulher e também socialmente constituído como masculino e feminino; ou seja, a masculinidade se constrói por oposição e na oposição à feminilidade e vice-versa, sempre referidos a uma sociedade historicamente determinada” (1986:26).

Sob condições históricas concretas, essa diferença veio-se constituindo em desigualdade e em contradição, que não se resolvem, mas se desenvolvem, se criam e se recriam reiteradamente. Citando Rago:

“(....) a construção de um modelo de mulher simbolizada pela mãe devotada e inteira sacrifício, implicou sua completa desvalorização profissional, política e intelectual. Esta desvalorização é imensa porque parte do pressuposto de que a mulher em si não é nada, de que deve esquecer-se deliberadamente de si mesma e realizar-se através dos êxitos dos filhos e maridos.” (1985:65)

Conclusão similar chegou Louro (1986), acerca da educação feminina, que objetivava muito mais torná-la mantenedora e transmissora dos valores morais da sociedade, através da educação dos filhos e alunos, do que seu próprio crescimento como pessoa. A marginalização da mulher em relação ao trabalho produtivo, é também, sua marginilização enquanto ser social.

Assim, a representação masculina da mulher, discutida por Rago (1985), constituída na emergência da sociedade disciplinadora no Brasil (1890-1930), como um modelo de esposa-mãe-dona de casa, inteira sacrifício, teve duplo mecanismo de consolidação no imaginário social. Por um lado, era sustentada pelos que detinham o poder e pretendiam construir uma sociedade disciplinadora, uma nova moral, que seria conduzida do lar à fábrica. Ao mesmo tempo, era também sustentada pelo proletariado, na medida em que afastava a mulher do processo produtivo. Essa representação interessava aos primeiros, pois à mulher caberia ser a “guardiã do lar”, do comportamento, dos hábitos dos homens e dos filhos, assegurando no lar os interesses do processo produtivo. Aos últimos, interessava o fato de que, ao afastar a mulher do processo produtivo, valorizava-se a força de trabalho masculino.

O papel social da mulher e a representação social sobre ele estão condicionados por imposições imediatas do processo produtivo. No caso do período analisado por Rago, o interesse desse processo era que a mulher estivesse afastada dele, mas a seu serviço. No desenvolvimento do processo

produtivo capitalista, à mulher coube vários papéis. Na emergência do capitalismo ela era considerada como um trabalhador, independente do sexo, idade e funções que pudesse exercer³⁶. A exclusão da mulher do processo produtivo varia em função do estágio de desenvolvimento deste, como discutido por Saffioti (1976). Como lembra Camillo-Coura (1995), ao restringir à mulher ao espaço doméstico “*exclui da memória o seu papel no passado (....) em Portugal e no Brasil é como se não tivessem existido as mulheres tecelãs, alfaiates, panificadoras, parteiras, vendedoras em lojas urbanas e vendedoras ambulantes de secos e molhados*” (p.136). Ao excluí-la da memória, restringi-se a sua importância social.

As condições e contradições sobre o trabalho feminino apontadas em diversos períodos históricos permanecem atualmente, apesar de todos avanços tecnológicos que proporcionaram profundas mudanças na sociedade e, especificamente, sobre a conduta feminina. Machado (s.d.) aponta, entre outras variáveis que interferiram na inserção da mulher na esfera produtiva, o processo de secularização pelo qual a sociedade passou e as mudanças na estrutura familiar. Se, por um lado, estas mudanças permitiram uma inserção quantitativa da mulher no processo produtivo, estas não são acompanhadas por uma inserção também qualitativa. O papel social da mulher ainda é simbolizado pelo esposa-mãe-dona de casa.

Para Rago (1985), a representação social construída sobre o papel da mulher, no Brasil, por um lado desejada pela classe dominante e reforçada pelos trabalhadores, não correspondia, na realidade, ao poder reivindicatório e à consciência política deste grupo social. Apesar da concepção de que o lugar da

³⁶ Marx, ao discutir a utilização da força de trabalho na emergência do capitalismo, afirma: “*O trabalhador não é aqui mais que tempo de trabalho personificado. Todas as diferenças individuais reduzem-se às de “tempo integral” e “meio tempo”*”(1983:196). As diferenças de sexo, idade, e até mesmo o tipo de ocupação não interessam, ao capital, que fossem ressaltadas.

A luta do trabalhador com o capitalismo para o estabelecimento da jornada de trabalho, foi uma luta secular, como diz, Marx. A legislação do final do século XIX, estipula para o trabalho de “*pessoas jovens e mulheres*” uma jornada de trabalho distinta e, portanto, uma remuneração, também, distinta as do trabalho masculino. Com o desenvolvimento da maquinaria, as ocupações que exigiam força física para uma maior produtividade, equiparou o trabalho feminino e o infantil ao trabalho do homem, porém não o salário.

mulher é o lar, ela sempre se fez presente no processo produtivo e nos movimentos reivindicatórios. Esta dicotomia entre a representação e a realidade ocasionou, na prática, uma desvalorização do trabalho feminino e a sua respectiva subserviência. Portanto, o espaço reservado à mulher, no processo produtivo, circunscreveu-se ao papel de ajudante, assistente, enfim, a posições subalternas.

Apesar dos movimentos reivindicatórios, travados historicamente pelas mulheres, ainda permanece a discriminação sexual na esfera do trabalho, (Griffin, 1995). Segundo Machado :

“ A mulher procura ocupar cargos e desempenhar funções dentro da estrutura do mercado por vias de menor resistência em esferas consideradas “femininas” ou “ próprias de seu sexo”; tais cargos, na maioria dos casos, oferecem poucas perspectivas de avanço, estão mal remunerados ou conferem um menor grau de prestígio social....”(s.d.: 278).

Existe uma tendência geral de feminilização das profissões de saúde. Esse fenômeno pode indicar que as profissões de saúde, como a Medicina e a Odontologia, podem ser consideradas, segundo Prado (1985), profissões de mulheres e, Camillo-Coura (1995), profissão mista. Em decorrência deste incremento, alguns autores apontam para a necessidade de estudos que venham traçar o perfil das mulheres que atuam nessa área³⁷. Por isso se buscará identificar as representações sociais dos alunos desses cursos sobre o incremento da participação feminina no mercado de trabalho da saúde, ou seja, sobre o trabalho feminino nesta área. Para tanto foram formuladas 13 questões, tendo em vista os objetivos expostos (Ver quadro III, anexo).

Nos dados obtidos nesta pesquisa, pode-se observar que 57% dos alunos, de ambos os cursos, percebem as diferenças de inserção no mercado de trabalho em função do sexo do profissional (Tabela 3.1). De uma forma geral, os alunos tendem a discordar plenamente das questões acerca desse tema.

³⁷. Sobre o incremento da participação feminina no setor saúde, ver, além dos autores já citados: Jorge Cordon (1991), Vítor Gomes Pinto (1993), José Paranaguá Santana & Sabado Nicolau Girardi (1993).

Durante o teste piloto e a aplicação do instrumento de coleta de dados, os alunos se manifestaram sobre o questionário dizendo que o mesmo induzia ao machismo. É importante ressaltar que esta observação partiu dos homens. Em relação às mulheres, observou-se que estas apresentavam maior dificuldade em responder esta parte do questionário, porque justamente nesta parte que trocavam opinião entre si, na tentativa de ver o que a outra tinha respondido. Tal atitude não invalidou o questionário, mas refletiu uma certa insegurança das alunas em reconhecer e saber o seu papel, enquanto ser social do sexo feminino, cujo papel social é assumido sem uma reflexão prévia.

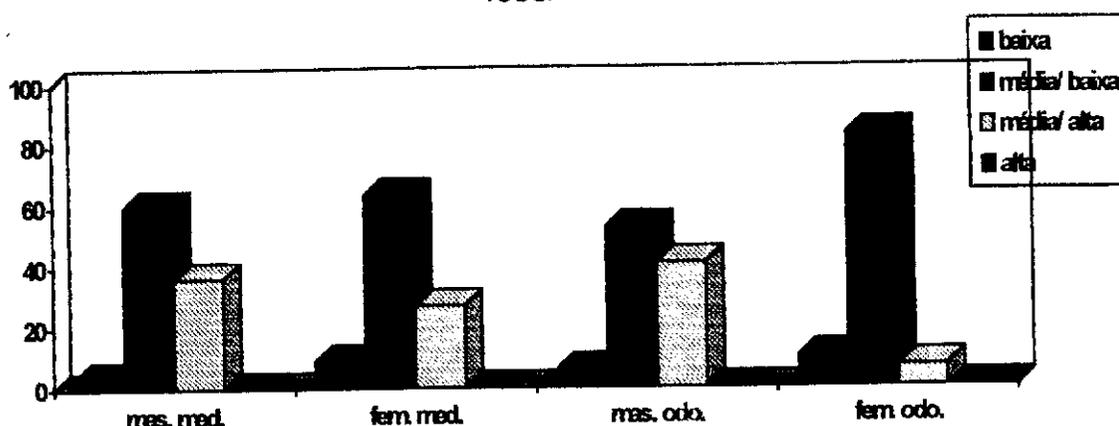
TABELA 3.1 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS RESPOSTAS ACERCA DO INCREMENTO DA PARTICIPAÇÃO FEMININA NO MERCADO DE TRABALHO POR CURSO E SEXO. UFG, 1996

CURSO	MEDICINA			ODONTOLOGIA			GERAL		
	Mas	Fem	Total	Mas	Fem	Total	Mas	Fem	Total
CONCORDO	14,1	13,6	13,9	14,0	12,2	13,1	14,1	13,1	13,6
CONCORDO EM PARTE	21,1	13,5	17,3	14,0	10,6	12,3	21,9	12,3	17,1
DISCORDO EM PARTE	12,4	12,4	12,4	9,5	9,0	9,3	11,8	11,1	11,4
DISCORDO	38,3	47,7	43,0	43,0	57,6	50,3	39,4	51,6	45,6
SEM OPINIÃO	14,0	12,8	13,4	19,5	10,6	15,0	12,8	11,9	12,3
TOTAL DE ALUNOS	55	44	99	17	29	46	72	73	145

Em relação à aderência dos alunos à representação social, acerca da inserção da mulher no mercado de trabalho, observa-se que 64,8% dos alunos pesquisados encontram-se na faixa média/ baixa (escores entre 14 a 26), isto é, percebem diferenças na inserção da mulher no mercado de trabalho. Entre as mulheres de ambos os cursos o índice eleva-se para 71,2% e em relação aos homens abaixa para 58,3%, na mesma faixa. Conclui-se que as mulheres tendem a ser menos aderentes à essa representação social que os homens. O índice eleva-se em relação aos homens na faixa média/ alta (escores entre 27 a 39)

para 37,5% (Gráfico 20). Em relação ao curso e sexo, as mulheres de Odontologia encontram-se 82,8% na faixa média/ baixa; entre as alunas de Medicina o índice cai para 63,6%. (Tabela 3.2). Portanto, há uma tendência dos alunos, como já foi afirmado, a reconhecer as diferenças de inserção no mercado de trabalho, impostas pelo sexo, porém, observa-se um tendência diferente imposta pelo sexo dos alunos que responderam ao questionário e também em relação ao curso.

Gráfico 20 -Aderência dos alunos à representação social sobre a participação feminina no mercado de trabalho, por curso e sexo. UFG, 1996.



Entre os alunos do sexo masculino, do Curso de Medicina das primeiras séries, 70% encontram-se na faixa média/ baixa, enquanto entre os alunos do mesmo sexo e curso da última série, 77,8% encontram-se na faixa média/ alta, confirmando a tendência acima discutida. Entre as mulheres de Medicina da última série, 50% também se encontram nesta faixa, constituindo o maior índice encontrado entre as mulheres, em ambos os curso (Tabela 3.2). Nota-se um incremento na faixa média/ alta em relação à série, em ambos os sexos.

TABELA 3.2 - ADERÊNCIA DOS ALUNOS À REPRESENTAÇÃO SOCIAL ACERCA DO INCREMENTO DA PARTICIPAÇÃO FEMININA POR SÉRIE SEXO E CURSO. UFG, 1996

CURSO	MEDICINA						ODONTOLOGIA					
	1		2		3		1		2		3	
SÉRIE	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.
INTERVALOS												
0 - 13 pontos	10,0	7,1	0,0	13,6	0,0	0,0	16,7	8,3	0,0	20,0	0,0	0,0
14 - 26 pontos	70,0	71,4	65,4	63,6	22,2	50,0	33,3	83,3	75,0	80,0	33,3	85,7
27 - 39 pontos	20,0	21,4	34,6	22,7	77,8	50,0	50,0	8,3	25,0	0,0	66,7	14,3
40 - 52 pontos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total de alunos	20	14	26	22	9	8	6	12	8	10	3	7

Os dados levam a supor, em relação às alunas de Odontologia, que o processo de feminilização pelo qual a profissão vem passando está acompanhado da percepção da existência da discriminação sexual na esfera do trabalho nessa área. A representação social da Odontologia constitui-se em uma profissão mais adequada para mulheres, como aponta Pinto (1993), Câmara (1993), Parahyba Neto (1986). Foi listado como motivo da escolha profissional a facilidade para a mulher exercer a Odontologia ou Medicina, como uma tentativa de aproximação com o incremento da participação feminina na área da saúde; todavia, apenas 0,89% relatou identificação com este item, que foi assinalado por 2,56% e 9,52% das mulheres que cursam as duas primeiras séries e das séries intermediárias de Odontologia, respectivamente. Esse dado permite supor que essa representação social da Odontologia como profissão mais adequada às mulheres não constitui motivo para a escolha profissional das alunas pesquisadas.

Apesar de se poder observar algumas tendências na forma que os alunos representam a inserção da mulher no mercado de trabalho da saúde, essas merecem um tratamento mais elaborado no sentido de perceber as nuances que perpassam o pensamento dos alunos dos diferentes sexos e cursos.

Supondo que os mecanismos de seleção do ingresso no mercado ocorrem de uma maneira que, aparentemente, não se apresenta segregatória; por isso o aluno não consegue perceber a discriminação presente no trabalho da mulher - profissional de nível superior na área da saúde. No momento em que o papel da mulher é constituído socialmente, bem como a sua "preferência" profissional, o projeto social e profissional dos cursos pesquisados se interagem, no sentido de ocultarem esta realidade. Outro aspecto que deve ser mencionado é o fato de o aluno ainda não possuir experiência do mercado de trabalho, o que pode constituir um conhecimento que venha influenciar a forma que ele representa a inserção da mulher no mercado de trabalho. Tomando como exemplo a Medicina, o contingente feminino atinge 28% do total dos profissionais, na região Centro-oeste. Na faixa etária de 25 a 34 anos, este índice sobe para 50%. No estado de Goiás, 42,7% dos profissionais são mulheres. Portanto, no mercado de trabalho, estão dadas as condições de acirramento das contradições, ou seja, a Medicina, profissão que possui características masculinas, apresenta a metade, de seu contingente profissional, composta por mulheres.

3.1 - Representação social dos alunos sobre a participação feminina no mercado de trabalho

Foram formuladas sete questões acerca das principais constatações sobre a inserção da mulher no mercado de trabalho (Ver quadro VIII). Nos vários trabalhos consultados, os autores apontam que essa participação se dá de forma diferenciada, no que se refere ao número de postos de trabalhos ocupados, nível de renda, jornada de trabalho, o exercício da profissão de forma liberal e tempo dedicado à profissão. Aliado a estes aspectos relacionados ao mercado de trabalho, a inserção da mulher, de forma majoritária em algumas

ocupações, está acompanhada pela diminuição da renda e de prestígio, como a Educação, a Enfermagem e a Assistência Social. Esse constitui um dos aspectos que serão analisados nesse bloco do questionário.

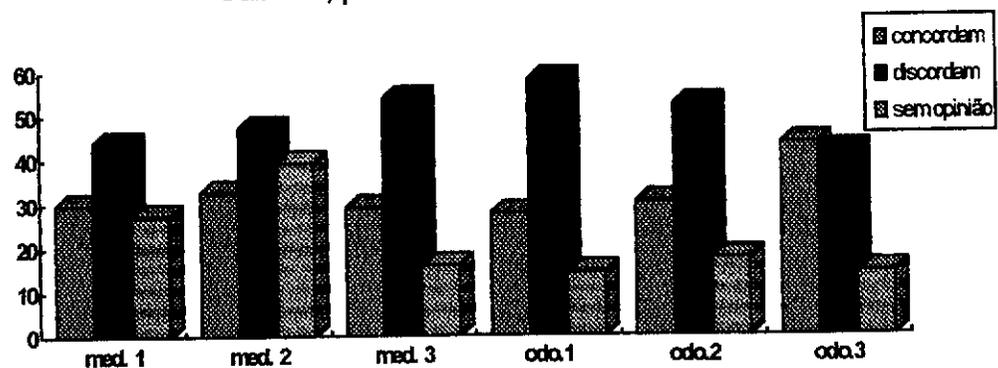
QUADRO VIII - Questões relativas ao conceito de participação feminina no mercado de trabalho na área da saúde.

42. As mulheres que trabalham na área da saúde exercem a mesma quantidade de postos de trabalho que o homem.
43. As mulheres exercem o trabalho autônomo com a mesma frequência o homem.
45. Quando uma profissão passa a ser exercida por uma grande quantidade de mulheres, esta sofre um processo de desvalorização, refletida principalmente nos salários dos profissionais da área.
47. A Medicina e a Odontologia são profissões boas para as mulheres porque elas podem arrumar emprego no serviço público com uma remuneração razoável e se dedicar à profissão parcialmente.
51. O crescente número de mulheres que procuram as profissões de saúde, como a Medicina e a Odontologia, não deve causar preocupação. Estas profissões gozam de prestígio junto à população, independente do sexo de quem a exerça.
52. As mulheres e os homens que trabalham na área da saúde detêm a mesma jornada de trabalho.
53. As mulheres que trabalham na saúde detêm os mesmos rendimentos do trabalho do contingente masculino.

Segundo Machado et alii (1992), em 1980, 64,5% dos Cirurgiões-dentistas exerciam a profissão de forma liberal; entre estes, 70,6% eram do sexo masculino e 48,8%, feminino. Ainda na mesma data, 41,6% dos profissionais de nível superior ganhavam acima de 20 salários mínimos. Nesse nível salarial encontravam-se 35,9% dos profissionais do sexo masculino, e apenas 5,7% eram mulheres. Algumas características do contingente profissional são consideradas fatores que interferem no fato de as mulheres de nível superior terem uma renda mais baixa que os homens, a saber: são preponderantemente jovens, possuem um jornada de trabalho menor, têm menos ocupações remuneradas e maiores dificuldades de exercerem a profissão como liberal (Machado et alii, 1992). Esses dados caracterizam a distinção sexual do trabalho na área médica. A partir dos mesmos, as questões sobre a participação feminina no mercado de trabalho foram formuladas.

Pode-se afirmar que 48,6% dos alunos pesquisados admitem uma inserção da mulher no mercado de trabalho de forma diferenciada respostas entre discordância plena e parcial (Tabela 5.33, anexo). É interessante notar que a tendência em discordar dessas questões aumenta entre os alunos de Medicina à medida em que se aproximam do final do curso. Em relação ao curso de Odontologia, essa tendência é inversa. O alunos do Curso de Medicina, no término do curso, percebem a discriminação sexual do trabalho feminino mais do que os alunos de Odontologia (Gráfico 21).

Gráfico 21 - Nível de concordância dos alunos em relação à representação social acerca da participação feminina no mercado de trabalho, por curso e série. UFG, 1996



A partir do exame de cada questão contida nesse bloco, determinadas contradições podem ser percebidas no discurso dos alunos, sobre a participação da mulher dos cursos de nível superior no mercado de trabalho da área da saúde. Os dados mostram que 55,2% dos alunos consideram falsa a afirmação de que as mulheres exercem a mesma quantidade de postos de trabalho que os homens (Tabela 5.30, questão 42, anexo). Ao dividir os alunos por sexo e curso, a mesma tendência é observada. Entre os alunos da última série de

Medicina, esse índice sobe para 77,8%, no caso dos homens, e 75% entre as mulheres. Enquanto para as mulheres de Odontologia da última série esse índice abaixa para 28,6%, a frequência do item “não ter opinião formada” sobe para 57,1% (a média geral nesta questão é de 26,2%). 42,9% das alunas de Medicina das primeiras séries concordam com essa afirmação. Da mesma forma, encontra-se variação entre os alunos de Odontologia das séries intermediárias, sendo que o índice obtido é de 37,5% , caindo para 33,3% na última série (Tabela 5.34, anexo). Os alunos tendem a admitir que as profissionais dessa área atuam em menos postos de trabalho que os homens, o que confirma os dados de outras pesquisas consultadas. Mas as mulheres têm uma maior dificuldade em admitir tal fato (Gráfico 22 e 23).

Gráfico 22- Distribuição das respostas dos alunos acerca da mulher ocupar a mesma quantidade de postos de trabalho que o homem, por curso, série e sexo. UFG, 1996.

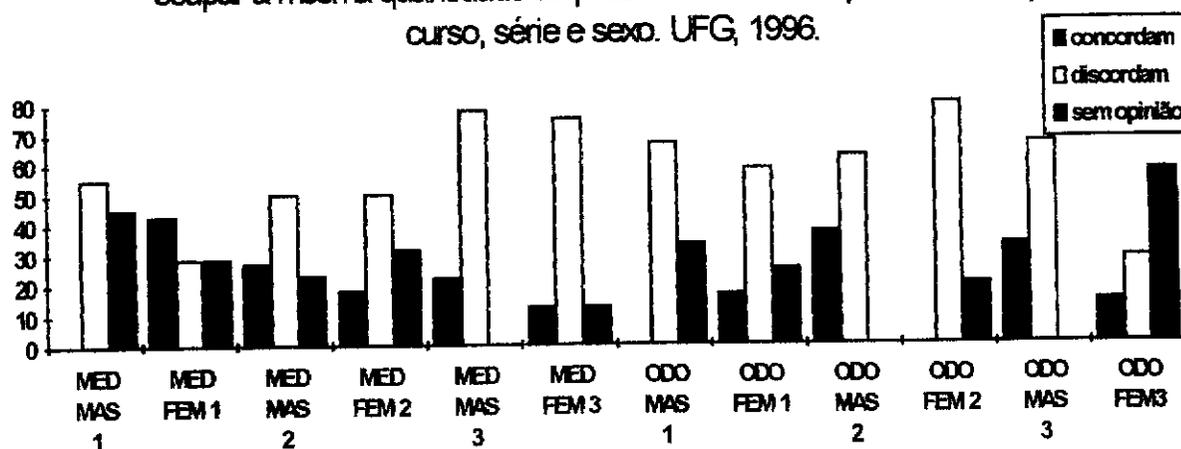
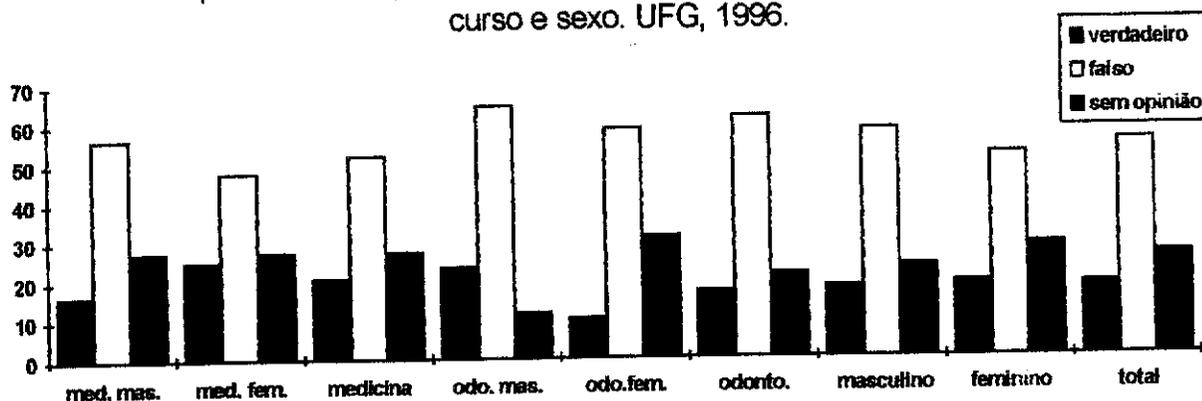


Gráfico 23 - Distribuição das respostas dos alunos sobre a mulher ocupar a mesma quantidade de postos de trabalho que o homem, por curso e sexo. UFG, 1996.



A tendência de assalariamento verificada nas profissões de saúde condiciona uma situação profissional caracterizada pelo multi-emprego. Hoje, os profissionais de saúde conciliam pelo menos dois lugares distintos de trabalho. Entre os cirurgiões-dentistas goianos, esse índice é de 43,7% dos profissionais em atividade (Pereira & Botelho, 1996). Entre os médicos brasileiros, 70% possuem pelo menos um vínculo empregatício (Machado et alii, 1996). Mas esta ocupação ocorre de maneira diferenciada entre ambos os sexos. Estudos realizados por Parahyba Neto e colaboradores (1983), sobre os profissionais formados pela Faculdade de Odontologia de Pernambuco, no período de 1961 a 1977, encontraram uma maior proporção de cirurgiões-dentistas do sexo masculino trabalhando em dois locais distintos, dentro e, até mesmo, fora da profissão. Esse fenômeno está relacionado ao fato de que tradicionalmente a mulher não tem responsabilidade do sustento com a família, mas com a educação dos filhos e tarefas domésticas, portanto, limitando o seu tempo disponível para o exercício profissional. Machado e cols. (1992) e Santana e Girardi (1993) apontam para a distinção de oportunidade de acumulação de postos de trabalho pelas mulheres; com isso elas auferem um

menor rendimento em relação aos homens e, conseqüentemente, têm uma menor jornada de trabalho.

Sobre a jornada de trabalho e rendimentos 37,9% e 42,1%, respectivamente admitem haver diferença em relação ao sexo do profissional (Gráfico 24, questões 52 e 53, respectivamente). Os alunos de Odontologia do sexo masculino, em sua maioria, admitem essa diferença (58,8% e 64,7% respectivamente). Ao mesmo tempo, em relação ao rendimento, 66,7% dos alunos de Odontologia da última série consideram verdadeira a afirmação da inexistência de diferença entre ambos os sexos (Tabela 3.3). Esses dados demonstram que a diferença de rendimento e jornada de trabalho entre ambos os sexos não se apresentam de forma clara para os alunos. Entre os que colocaram observações no questionário respondido, especificamente nessas duas questões, elas giraram em torno das afirmações referentes às diferenças de rendimento e jornada de trabalho questões que extrapolam o sexo do profissional, o que evidenciou desconhecimento das determinações sociais sobre o trabalho e o papel das mulheres.

Gráfico 24 - Distribuição das respostas dos alunos sobre a discriminação sexual do trabalho, tendo em vista a jornada(1º) e rendimento(2º), por sexo. UFG, 1996..

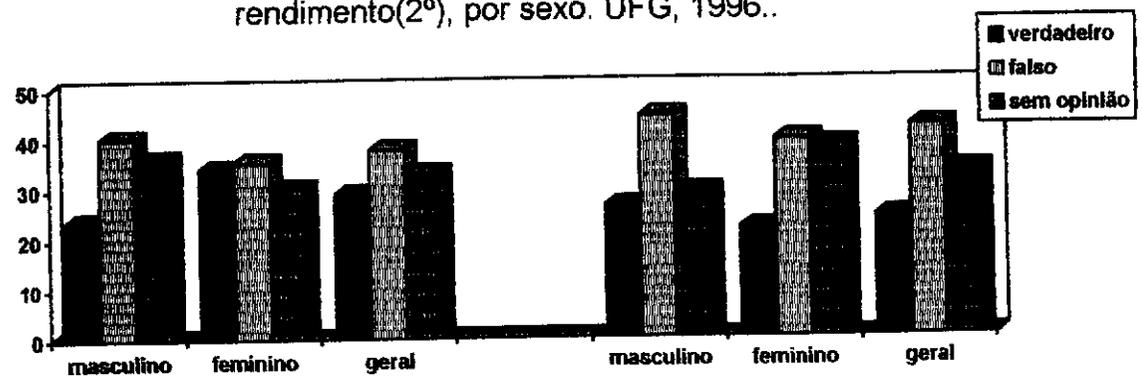
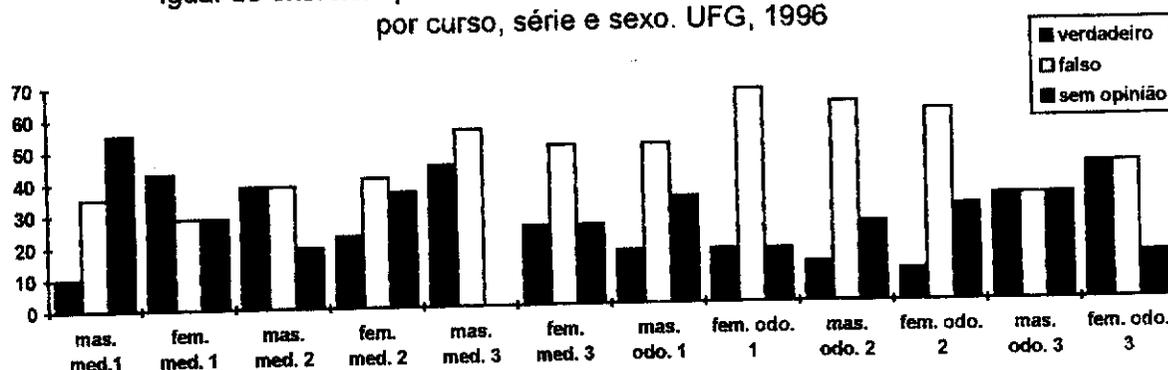


TABELA 3.3 - QUESTÕES RELATIVAS À DISCRIMINAÇÃO SEXUAL DO TRABALHO, TENDO EM VISTA A JORNADA E RENDIMENTO POR CURSO, SEXO E SÉRIE. UFG, 1996.

CURSO/ SEXO/ SÉRIE	MED	MED	MED	MED	MED	MED	ODO	ODO	ODO	ODO	ODO	ODO
	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.
	1	1	2	2	3	3	1	1	2	2	3	3
QUESTÃO 52												
VERDADEIRO	15,0	28,6	46,2	31,8	11,1	62,5	0,0	41,7	0,0	10,0	33,3	42,9
FALSO	35,0	28,6	26,9	31,8	55,6	12,5	66,7	50,0	50,0	50,0	66,7	42,9
SEM OPINIÃO	50,0	42,9	26,9	36,4	33,3	25,0	33,3	8,3	50,0	40,0	0,0	14,3
QUESTÃO 53												
VERDADEIRO	15,0	14,3	42,3	22,7	22,2	0,0	0,0	25,0	12,5	30,0	66,7	42,9
FALSO	50,0	50,0	26,9	36,4	44,4	37,5	83,3	50,0	62,5	30,0	33,3	28,6
SEM OPINIÃO	35,0	35,7	30,8	40,9	33,3	62,5	16,7	25,0	25,0	40,0	0,0	28,6
TOTAL DE ALUNOS	20	14	26	22	9	8	6	12	8	10	3	7

Consideram falsa a afirmação de que a mulher exerce a profissão de forma liberal com a mesma freqüência que os homens 44,8% dos alunos (Tabela 5.30, questão 43, anexo). Entre as alunas das primeiras séries do curso de Odontologia, 66,7% consideram falsa essa afirmação, enquanto 42,9% da última série têm a mesma opinião. Em relação a essas últimas 42,9% consideram essa afirmação verdadeira. O mesmo índice é encontrado entre as alunas das primeiras séries do curso de Medicina (Gráfico 25).

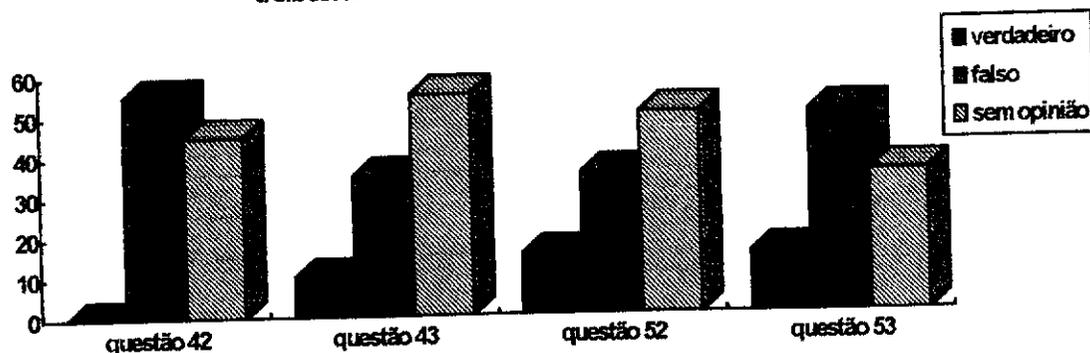
GRÁFICO 25 - Distribuição da opinião dos alunos sobre a frequência igual de exercício profissional na forma liberal entre ambos os sexos, por curso, série e sexo. UFG, 1996



Portanto, pode-se afirmar que 55% dos alunos do sexo masculino das primeiras séries de Medicina percebem haver uma diferença de ocupação dos postos de trabalho entre os profissionais de ambos os sexos³⁸. Mas a maioria (55%) se considera sem opinião formada em relação ao fato de a mulher exercer com a mesma frequência que os homens a profissão na forma liberal. Sobre jornadas de trabalho diferentes entre ambos os sexos, 50% não têm opinião formada, e 50% discordam que haja os mesmos rendimentos entre profissionais de diferentes sexos. Logo não há uma clareza sobre a participação feminina no mercado de trabalho na área da saúde (Gráfico 25).

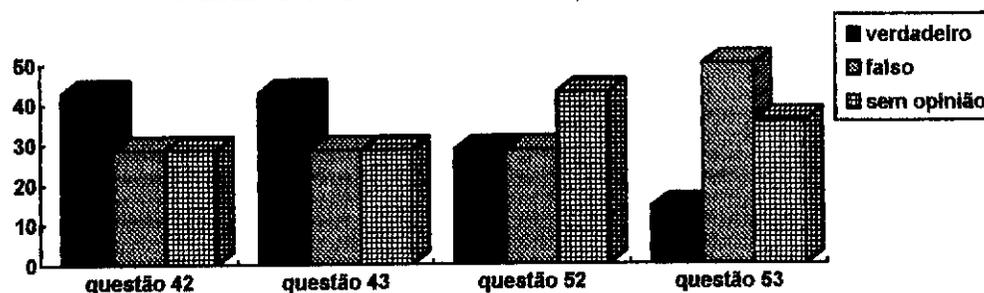
³⁸. Reunir as questões segundo curso, série e sexo, privilegiando os alunos das 1ª e últimas séries de cada curso é, na realidade, uma tentativa de maior aproximação dessas representações que, por serem tão contraditórias, dificultam a sua leitura.

Gráfico 26 - Opinião do aluno do curso de Medicina da 1ª série, do sexo masculino, sobre discriminação sexual do trabalho feminino em relação à quantidade de postos de trabalho, exercício liberal, jornada de trabalho e rendimento. UFG, 1996.



Entre as mulheres da mesma série e curso, 42,9% concordam que não há diferença de ocupação dos postos de trabalho entre os sexos, enquanto no mesmo índice concordam que a mulher exerce a profissão na forma liberal na mesma proporção que os homens. Ainda, 42,9% não possuem opinião formada sobre diferenças na jornada de trabalho, mas 50% consideram falsa a afirmação de que tanto os homens quanto as mulheres detêm o mesmo rendimento na profissão. A tendência desse grupo feminino é de uma maior aderência a essas representações do que os homens, o que implica numa situação mais favorável do trabalho feminino. É interessante observar que, ao admitirem a diferença de remuneração entre os profissionais de ambos os sexos, aproximam-se da representação de que à mulher não cabe o sustento da família e, portanto, ela pode sofrer esta discriminação sexual do seu trabalho (Gráfico 27). Segundo Camillo-Coura (1995), o sexo masculino ainda é considerado como provedor da família; nessa perspectiva, apenas na sua ausência ou incapacidade caberia à mulher o sustento da família.

GRÁFICO 27 - Opinião da aluna de Medicina da 1ª série, sobre discriminação sexual do trabalho feminino em relação à qualidade de postos de trabalho, exercício liberal, jornada de trabalho e rendimento. UFG, 1996.



Entre os alunos do sexo masculino da última série de Medicina observa-se uma menor aderência à representação sobre o trabalho da mulher. Admitem haver diferença na ocupação dos postos de trabalho (77,8%), no exercício liberal da profissão (55,6%), na jornada de trabalho (55,6%) e rendimentos (44,4%) em função do sexo dos profissionais (Gráfico 28). As mulheres do mesmo curso e série admitem haver distinção na ocupação dos postos de trabalho (75%), no exercício liberal da profissão (50%); porém, discordam quanto à distinção da jornada de trabalho (62,5%) e, no mesmo índice, não possuem opinião formada sobre diferença de rendimento entre os sexos. Porém, fica a questão de como não haver diferença de rendimento, se há diferença de ocupação dos postos de trabalho (Gráfico 29).

Gráfico 28 - Opinião do aluno da 6ª série do curso de Medicina sobre a discriminação do trabalho feminino em relação à ocupação de postos de trabalho, exercício liberal da profissão, jornada de trabalho. UFG, 1996.

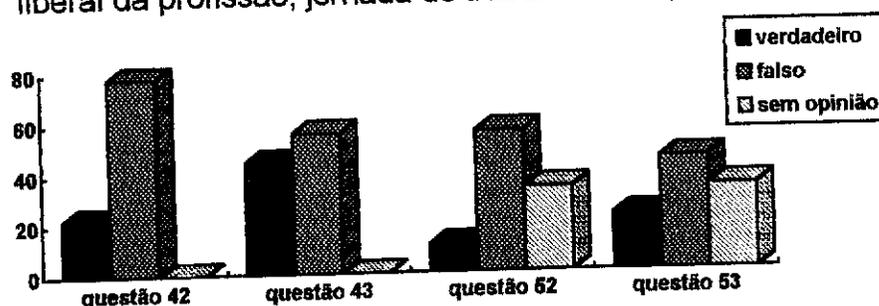
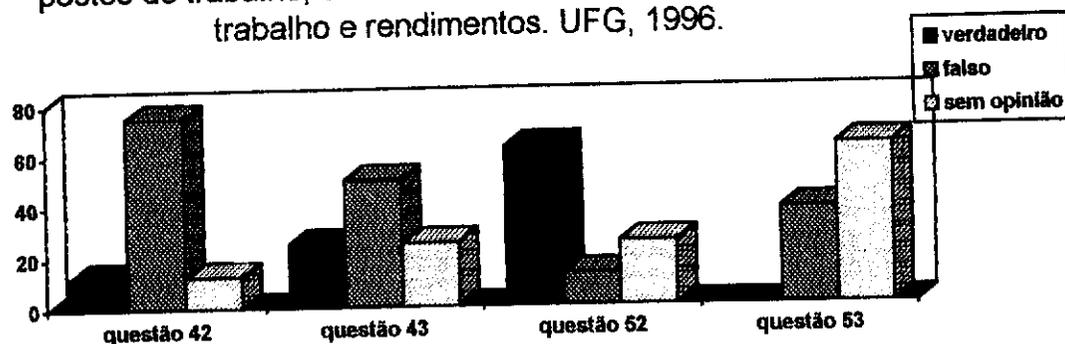


Gráfico 29 - Opinião da aluna da 6ª série de Medicina sobre a discriminação do trabalho feminino em relação à ocupação de postos de trabalho, exercício liberal da profissão, jornada de trabalho e rendimentos. UFG, 1996.



Dentre as alunas da última série de Odontologia, 57,1% não possuem opinião formada sobre a distinção de ocupação dos postos de trabalho em relação ao sexo do profissional, mas concordam não haver distinção na forma do exercício profissional, jornada de trabalho e rendimento (Gráfico 30). As alunas do mesmo curso, das séries iniciais (Gráfico 31), admitem ocorrer distinção sexual em todos os aspectos discutidos, da mesma forma que os alunos do mesmo grupo. Portanto, o Curso de Odontologia parece influenciar os alunos no sentido de neutralizar as discriminações sexuais sobre o exercício profissional das mulheres (Tabela 5.34, anexo).

Gráfico 30 - Opinião da aluna da 5ª série de Odontologia sobre a discriminação sexual do trabalho feminino em relação à ocupação de postos de trabalho, exercício liberal da profissão, jornada de trabalho e renda. UFG, 1996.

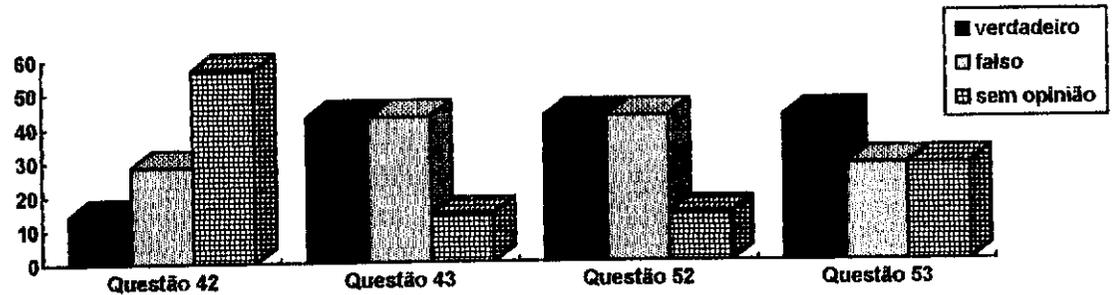
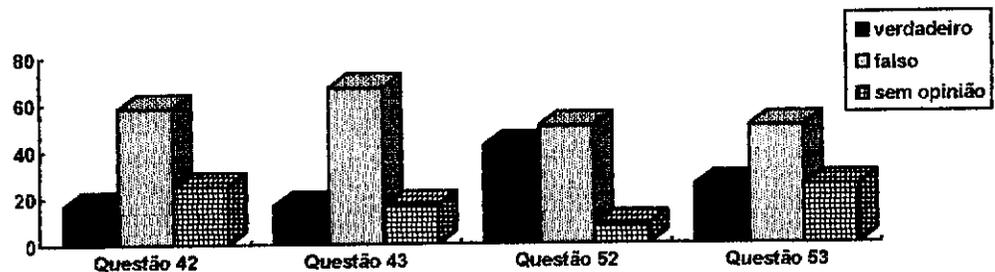


Gráfico 31 - Opinião da aluna da 1ª série de Odontologia sobre a discriminação sexual do trabalho feminino em relação à ocupação de postos de trabalho, exercício liberal da profissão, jornada de trabalho e renda. UFG, 1996.



A discriminação do trabalho feminino é um construção histórica que se cria, se recria e se cristaliza, assumindo um aspecto “natural”. Contudo, processam-se mudanças que permitem não eliminar as discriminações, mas diminuir as desigualdades.

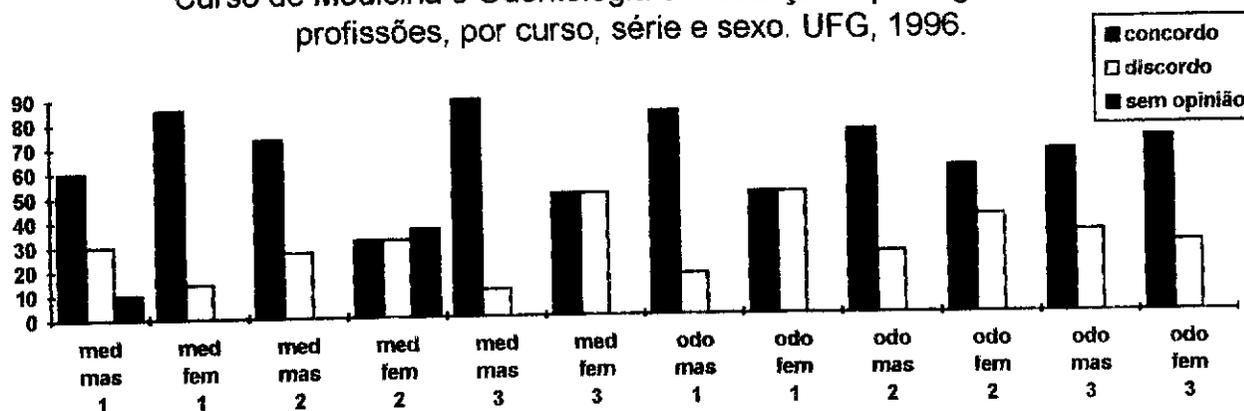
Machado e cols. (1992) afirmam que o crescimento da participação feminina em profissões como a Medicina e a Odontologia pode ser entendido como conseqüências de:

“(....) Mudanças sócios-culturais [que] favoreceram maiores níveis de aceitação social da mulher no mercado de trabalho, de forma que, entre 1970 e 1980, o contingente feminino entre os médicos aumentou de 11,6% para 20,6% e, entre os dentistas evoluiu de 11,5% para 28,2%.”(1992:53)

Ou autores concluem que a força de trabalho feminino nessas profissões é composta majoritariamente por profissionais mais jovens. Ao mesmo tempo, apontam diferenças encontradas na inserção profissional no mercado de trabalho, ocasionando uma forte tendência de segmentação deste setor, onde os profissionais mais jovens são aqueles que detêm um menor rendimento, menores possibilidades de exercício liberal da profissão e de postos de trabalhos assalariados. O que leva a concluir que este contingente de profissionais é constituído por mulheres que como afirma Blay (1978), passam a ocupar os cargos desdenhados pelos homens, categorias profissionais que estão marcadas pela desigualdade de renda e de valorização.

Ao serem perguntados se o crescente número de mulheres que procuram as profissões de saúde, como a Odontologia e a Medicina, não constitui motivo de preocupação, porque essas profissões gozam de prestígio junto à população, independente do sexo de quem a exerça, 66,2% dos alunos concordam, sendo que 35,2% concordam apenas parcialmente e apenas 8,3% discordam totalmente. Em relação ao sexo e curso, a tendência se mantém (Tabela 5.30, questão 51, anexo). Ao acrescentar a variável série, observa-se que esse índice é maior do que a média entre as alunas das primeiras séries de Medicina (85,8%) e os alunos da última série de Medicina (88,9%). O maior índice de discordância encontrado pode ser observado entre as alunas de Medicina das série intermediárias (31,7%), que coincide com o índice de concordância desse grupo (Gráfico 32).

Gráfico 32 - Opinião dos alunos sobre o incremento feminino no Curso de Medicina e Odontologia e mudança no prestígio dessas profissões, por curso, série e sexo. UFG, 1996.



A mesma questão foi formulada, mas referindo-se às profissões de forma geral, afirmando que o crescente aumento da participação da mulher acarreta a desvalorização das mesmas, que se reflete nos salários. Porém, a questão fugiu da tônica das demais, ou seja, a concordância não reflete maior aderência em relação às representações sociais, mas um preconceito. Apresentando uma tendência inversa à da questão anteriormente discutida 37,2% concordam com essa afirmação, ao passo que 49% discordam (Tabela 3.4, questão 45).

Ao serem perguntados se a Medicina e a Odontologia podem ser consideradas profissões adequadas para as mulheres porque permitem a elas dedicarem-se parcialmente à profissão, podendo trabalhar no serviço público com uma remuneração razoável, 78,6% dos alunos pesquisados discordaram (Tabela 3.4, questão 47). Uma tendência observada entre os alunos de Odontologia é que 28% concordam com essa afirmação, sendo que entre os homens esse índice sobe para 35,3%. Entre os alunos de Medicina, esse índice abaixa para 16,4%. Essa forma de inserção da mulher, no caso da Odontologia, é reconhecida por um maior número de alunos, por ser uma representação muito relacionada com a prática odontológica, onde as mulheres conciliam, de forma mais harmoniosa, as suas atividades profissionais e domésticas.

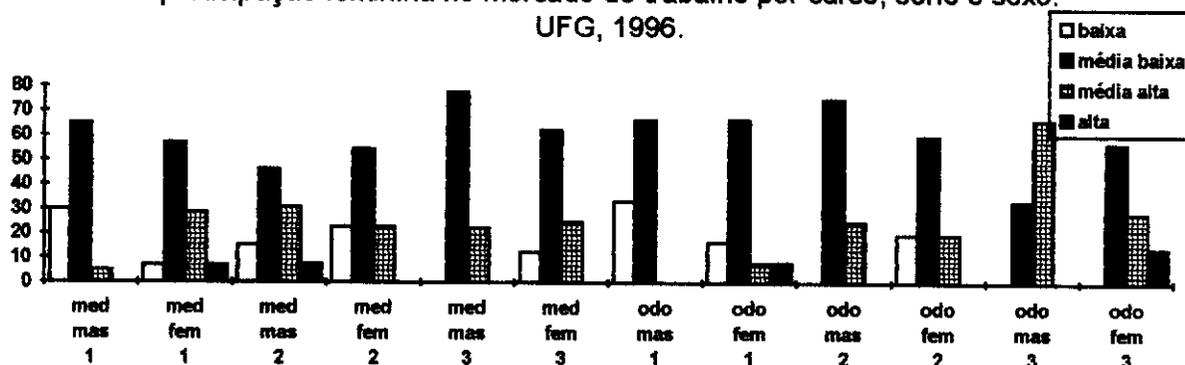
TABELA 3.4 - INCREMENTO DA PARTICIPAÇÃO FEMININA NAS PROFISSÕES E DESVALORIZAÇÃO PROFISSIONAL. OPINIÃO DOS ALUNOS POR CURSO E SEXO. UFG, 1996.

Curso/ Sexo	med. mas.	med. fem.	Total	Odo. mas.	Odo. fem.	Total	Mas.	Femi.	Total
QUESTÃO 45									
CONCORDO	7,3	11,4	9,3	17,6	17,2	17,4	9,7	13,7	11,7
CONCORDO EM PARTE	23,6	18,2	20,9	47,1	27,6	37,3	29,2	21,9	25,5
DISCORDO EM PARTE	9,1	15,9	12,5	5,9	3,4	4,7	8,3	11,0	9,7
DISCORDO	40,0	40,9	40,5	23,5	44,8	34,2	36,1	42,5	39,3
SEM OPINIÃO	20,0	13,6	16,8	5,9	6,9	6,4	16,7	11,0	13,8
QUESTÃO 47									
CONCORDO	1,8	0,0	0,9	5,9	0,0	2,9	2,8	0,0	1,4
CONCORDO EM PARTE	12,7	18,2	15,5	29,4	20,7	25,1	16,7	19,2	17,9
DISCORDO EM PARTE	21,8	15,9	18,9	23,5	10,3	16,9	22,2	13,7	17,9
DISCORDO	60,0	65,9	63,0	41,2	65,5	53,3	55,6	65,8	60,7
SEM OPINIÃO	3,6	0,0	1,8	0,0	3,4	1,7	2,8	1,4	2,1
TOTAL DE ALUNOS	55	44	99	17	29	46	72	73	145

Nota-se, quando se observa detalhadamente questão por questão, uma certa contradição nos discursos formulados, mesmo que, de uma forma geral, os alunos expressem uma visão sobre a atuação feminina no mercado de trabalho tendencialmente menos aderente à representação social sobre essa (escores entre 8 a 14). Observa-se um aumento considerável de alunos do sexo masculino na faixa média/ alta (escores entre 15 a 21) ao final do curso (de 5% para 22,2% no caso de Medicina e 0% para 66,7% no caso de Odontologia) (Gráfico 33). Portanto, o curso influencia na consolidação de uma representação social mais aderente nos alunos. As mulheres de Medicina, das primeiras séries, encontram-se no índice de 28,6%, na faixa média/ baixa não havendo grandes diferenças durante o curso. No caso das mulheres de Odontologia ao final do curso 14,3% encontram-se na faixa alta. Durante toda a discussão, elas são consideradas as que têm menor aderência sobre as questões isoladamente; mas, ao final do curso, 42,3% encontram-se nas faixas média alta e alta. No início do curso o índice nessa faixa é de 16,6%. (Tabela 5.36).

Apesar de constituírem maioria absoluta no curso de Odontologia, elas são formadas dentro do projeto do curso e da profissão a se tornarem mais aderentes sobre a representação social da atuação da mulher no mercado de trabalho. Elas a não percebem que ocupam um espaço qualitativamente inferior ao homem no mercado de trabalho. Ao não perceberem essas contradições, elas são aceitas com maior facilidade, reforçando a representação social sobre o trabalho da mulher na Odontologia como aquele que permite-lhe, conciliar, de forma mais harmônica, o seu papel social. Pode-se afirmar que a Odontologia passa a ser aquela profissão “mais adequada para as mulheres”.

Gráfico 33- Aderência dos alunos à representação social sobre a participação feminina no mercado de trabalho por curso, série e sexo. UFG, 1996.



3.2 - Representação social dos alunos sobre as profissões consideradas femininas

O conceito de profissão feminina formulado nesse bloco é aquele que permite à mulher conciliar a sua vida profissional com a doméstica, além de exigir atributos como: paciência, dedicação, cuidados com enfermos e crianças. Como aponta Machado (1986), é aquela ocupação que se caracteriza como uma continuação do trabalho em casa.

Foram formuladas sete questões que viessem a compor o conceito de profissões femininas, além de se referirem à especialização (Ver quadro IX). Os sujeitos pesquisados discordam do conceito formulado em 68,5% dos casos. A maioria discorda plenamente (52,1%), ou seja, não reconhecem na Odontologia e na Medicina características, que as possam identificar como profissões femininas (Tabela 3.5).

TABELA 3.5 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS RESPOSTAS ACERCA DO CONCEITO DE PROFISSÕES FEMININAS, POR CURSO, SÉRIE E SEXO. UFG, 1996.

CURSO	MEDICINA						ODONTOLOGIA						Ger
	1		2		3		4		5		6		
SÉRIE													
SEXO	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.	
CONCORDAM PLENAMENTE	4,3	4,1	4,9	3,9	15,9	7,1	4,8	2,4	5,4	1,4	23,8	0,0	5,1
CONCORDAM EM PARTE	27,9	15,3	25,8	16,9	42,9	23,2	35,7	15,5	32,1	14,3	33,3	6,1	23,1
DISCORDAM EM PARTE	23,6	15,3	18,1	12,3	12,7	28,6	11,9	11,9	17,9	14,3	14,3	8,2	16,1
DISCORDAM PLENAMENTE	35,7	65,3	48,4	63,6	27,0	39,3	45,2	67,9	42,9	65,7	23,8	79,6	52,1
SEM OPINIÃO FORMADA	8,6	0,0	2,7	3,2	1,6	1,8	2,4	2,4	1,8	4,3	4,8	6,1	5,1
TOTAL DE ALUNOS	20	14	26	22	9	8	6	12	8	10	3	7	14

QUADRO IX. Questões relativas ao conceito de profissão feminina.

41. As melhores especialidades para os homens são aquelas ligadas à área cirúrgica, à reabilitação do paciente, à cirurgia, radiologia, ortopedia, pois todas requerem rapidez no raciocínio, decisões rápidas, força física e pouco envolvimento emocional
44. A profissão ideal para as mulheres é aquela que requer: paciência, dedicação, cuidados com enfermos e crianças.
46. Na hora que uma mulher vai escolher sua profissão, ela tem que ter em mente que o seu papel primordial é o cuidado com os filhos.
47. A Medicina e a Odontologia são profissões boas para as mulheres porque elas podem arrumar emprego no serviço público com uma remuneração razoável e se dedicar a profissão parcialmente.
48. Para o homem, as profissões mais recomendadas são as que exigem espírito de liderança e o possibilite ter uma remuneração que possa manter a sua família.
49. A Medicina não é uma profissão adequada para as mulheres, pois requer do profissional grande dedicação e, conseqüentemente, deixa menos tempo para a permanência da mulher em casa, para cuidar dos filhos e do marido.
50. A Odontologia é uma profissão adequada para as mulheres, pois elas podem, inclusive, montar o seu consultório em casa.

As especializações mais adequadas aos homens foram aquelas identificadas como as que requerem rapidez de raciocínio, decisões rápidas, força física e pouco envolvimento emocional; 72,5% dos alunos discordam - entre plenamente e em parte - dessa afirmação (Tabela 5.30, questão 41, anexo). Ao mesmo tempo, 66,6% dos alunos da última série de Medicina concordam com ela. Porém, entre as mulheres de ambos os cursos, apenas 9,6% concordam com essa afirmação, sendo que 100% das mulheres de Odontologia da última série discordam (Tabela 3.6).

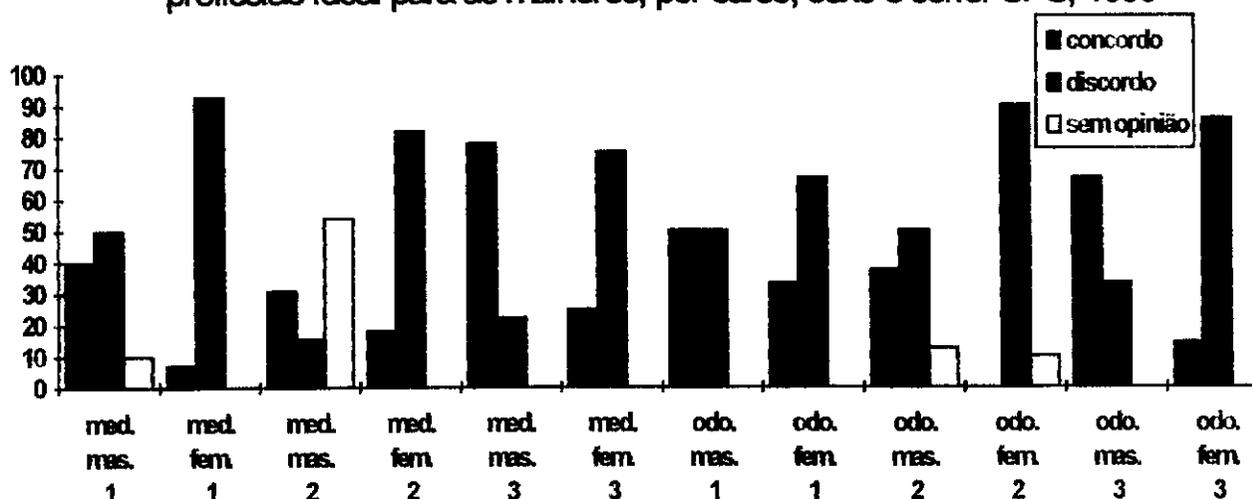
TABELA 3.6 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA OPINIÃO DO ALUNO SOBRE AS CARACTERÍSTICAS DE UMA ESPECIALIZAÇÃO CONSIDERADA MASCULINA, POR CURSO, SÉRIE E SEXO. UFG, 1996.

CURSO	MEDICINA						ODONTOLOGIA					
	1		2		3		1		2		3	
SÉRIE												
SEXO	MAS	FEM	MAS	FEM	MAS	FEM	MAS	FEM	MAS	FEM	MAS	FEM
QUESTÃO 41												
CONCORDO	0,0	0,0	0,0	4,5	33,3	0,0	16,7	0,0	12,5	0,0	0,0	0,0
CONCORDO EM PARTE	30,0	7,1	19,2	9,1	33,3	12,5	16,7	0,0	25,0	20,0	33,3	0,0
DISCORDO EM PARTE	15,0	21,4	19,2	18,2	0,0	25,0	0,0	25,0	12,5	20,0	33,3	0,0
DISCORDO	40,0	71,4	53,8	68,2	33,3	62,5	50,0	58,3	50,0	50,0	0,0	100,0
SEM OPINIÃO	15,0	0,0	7,7	0,0	0,0	0,0	16,7	16,7	0,0	10,0	33,3	0,0
TOTAL DE ALUNOS	20	14	26	22	9	8	6	12	8	10	3	7

Perguntados se a profissão ideal para as mulheres é aquela que requer os atributos como paciência, dedicação, cuidados com enfermos e crianças, 66,2% discordam. Encontramos entre os alunos de odontologia, do sexo masculino, o mesmo índice dos que concordam e discordam, ou seja, 47,1% (Tabela 5.30, questão 44, anexo). O índice de concordância é maior entre os alunos da última série (66,6%), seguido dos alunos das primeiras séries (50%). Entre os alunos, do sexo masculino, do curso de Medicina, não há diferença entre os que concordam e discordam. Observando-se em relação à série, 77,7% dos alunos de Medicina, da última série, concordam com essa afirmação,

enquanto 40% dos alunos das primeiras séries também concordam (Tabela 5.34, questão 44, anexo). Entre as mulheres, de ambos os cursos, 82,2% discordam dessa (Tabela 5.30, anexo). Observa-se que entre as mulheres de Medicina, das série iniciais, o nível de discordância é de 92,9%, diminuindo para 81,8% nas série intermediárias e caindo para 75% na final. Portanto, o curso parece ter influência nas mulheres no sentido de acentuar essas diferenças, à medida em que elas passam a concordar mais com esse ideal de profissão, fato que pode influenciar a escolha da especialização. Já entre as mulheres de Odontologia, esse fenômeno é inverso, isto é, ela passa a concordar menos com esse ideal ao longo do curso (Gráfico 31).

Gráfico 34 - Opinião do aluno em relação aos atributos de uma profissão ideal para as mulheres, por curso, sexo e série. UFG, 1996



Sobre a afirmação de que o papel principal da mulher é o cuidado com os filhos, 74,8% discordam (Tabela 5.30, questão 46, anexo), sendo que as mulheres (79,4%) tendem a discordar mais do que os homens (68%). Também, nessa questão, observa-se um maior índice de concordância - entre plenamente e em parte - com relação aos alunos de Medicina da última série (55,5%), seguido dos alunos das primeiras série do mesmo curso (30%). Sobre essa questão,

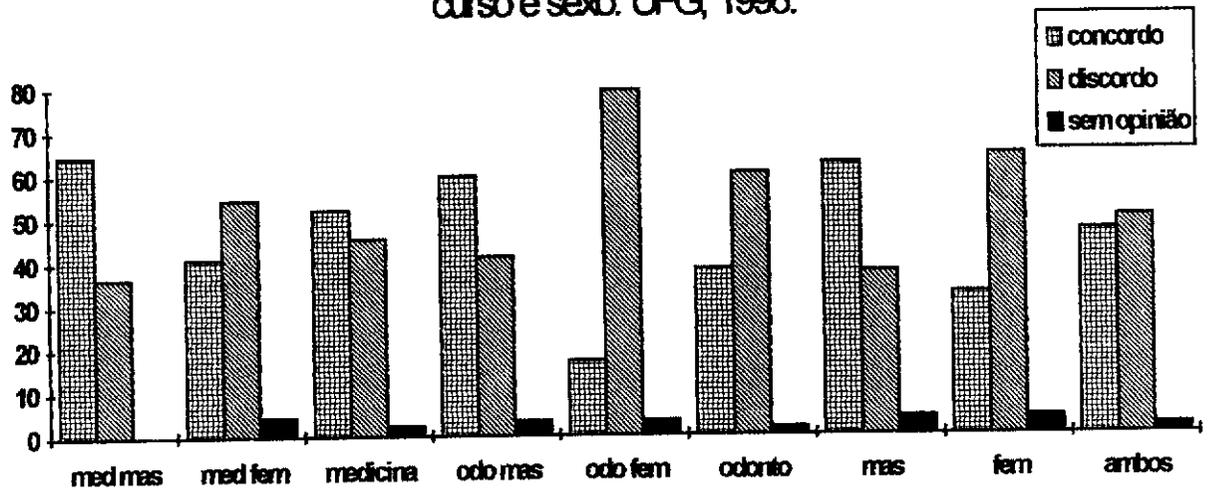
100% das mulheres da última série de Odontologia discordam plenamente (Tabela 5.40, anexo).

Foi perguntado ao aluno se as profissões mais recomendadas para os homens seriam aquelas que exigiriam espírito de liderança e uma remuneração que permitisse o sustento da família; 51% dos alunos de ambos os sexos e cursos discordam dessa afirmação, sendo que 37,2% discordam plenamente (Tabela 5.30, questão 48, anexo). Entre os homens, o grau de adesão a essa idéia é maior (62,5%) que entre as mulheres (31,5%). A tendência das mulheres de Odontologia é discordar mais (78,3%) do que as de Medicina (54,5%) (Gráfico 35). Porém, 57,1% das mulheres das primeiras séries de Medicina discordam com essa afirmação; nas das séries intermediárias, o índice sobe para 91%, enquanto na última série esse índice cai para 47,5% (Tabela 3.7). O fato é que cada vez mais as mulheres assumem a responsabilidade do sustento da família, mudança sócio-cultural apontadas por Machado e cols. (1992), que passa a modificar, além da representação social da inserção das mulheres nas profissões de saúde, a própria representação do papel social das mulheres. Como a representação social pode variar com a visão dos grupos a que pertencem as pessoas, acredita-se que outros fatores, fora da abrangência do curso, podem estar influenciando essas respostas.

TABELA 3.7 - CARACTERÍSTICAS DA PROFISSÃO MASCULINA, POR CURSO, SÉRIE E SEXO. UFG, 1996.

CURSO / SÉRIE / SEXO	med	med	med	med	med	med	odo	odo	odo	odo	odo	odo
	mas	fem	mas	fem	mas	fem	mas	mas	mas	fem	mas	fem
	1	1	2	2	3	3	1	1	2	2	3	3
CONCORDO	20,0	7,1	15,4	0,0	11,1	25,0	16,7	0,0	12,5	0,0	33,3	0,0
CONCORDO EM PARTE	35,0	35,7	53,8	9,1	55,6	37,5	50,0	33,3	25,0	10,0	66,7	0,0
DISCORDO EM PARTE	30,0	7,1	7,7	4,5	22,2	25,0	16,7	0,0	12,5	10,0	0,0	14,3
DISCORDO	15,0	50,0	23,1	86,4	11,1	12,5	16,7	66,7	50,0	80,0	0,0	71,4
SEM OPINIÃO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	14,3
TOTAL DE ALUNOS	20	14	26	22	9	8	6	12	8	10	3	7

Gráfico 35 - Opinião do aluno sobre profissão masculina; isto é exigem espírito de liderança e permite o sustento da família, por curso e sexo. UFG, 1996.

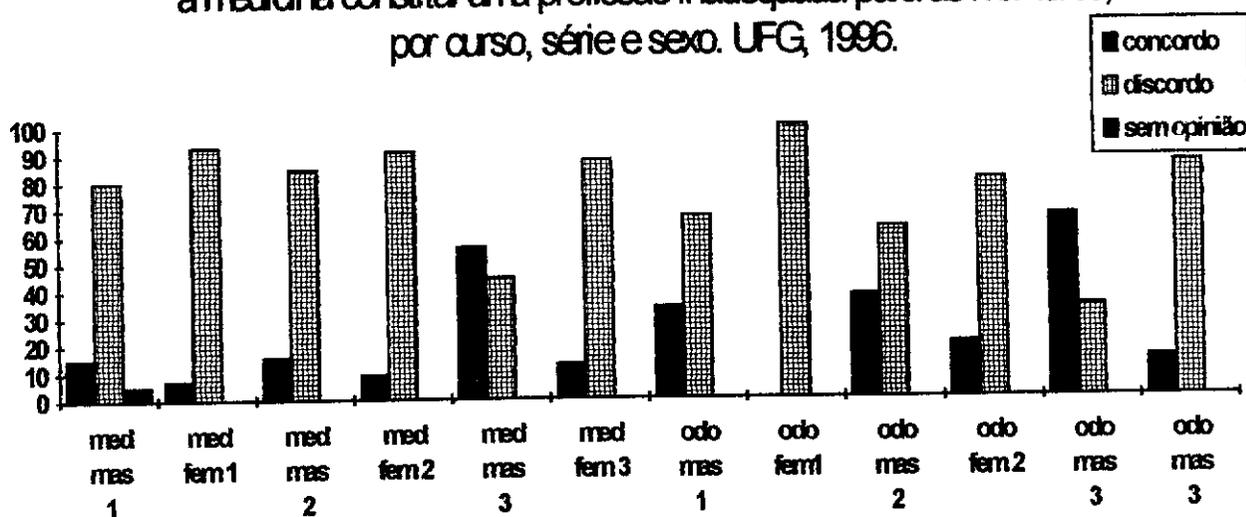


Frente à afirmação de que a Medicina é uma profissão que requer uma grande dedicação, e que, portanto diminui o tempo para as atividades domésticas, sendo, por isso, considerada inadequada para o exercício das mulheres, 81,4% dos alunos discordaram (Tabela 3.8, questão 49). O nível de concordância das mulheres (9,6%) é bem inferior aos dos homens (36,4%), demonstrando uma tendência dos homens, em relação às mulheres, a aderirem à representação de profissões mais ou menos adequadas às mulheres, mesmo que a grande maioria discorde dessa questão (72,2%). Os homens de Odontologia concordam (41,2%) com essa afirmação, mais do que os homens de Medicina (21,8%), sendo que não há para o sexo feminino diferença em relação ao curso (Tabela 5.30). A concordância com essa questão aumenta no sexo masculino, no curso de Medicina, em relação aos alunos das primeiras séries (15%) para os da última série (55,5%). O mesmo ocorre em relação ao curso de Odontologia (de 33,3% para 66,7%). Mais uma vez observa-se uma provável influência do curso no sentido da manutenção de maior aderência à representação, em relação ao conceito de profissão feminina, presente neste trabalho (Gráfico 36).

TABELA 3.8 - NÍVEL DE CONCORDÂNCIA DO ALUNO SOBRE A AFIRMAÇÃO DE QUE A MEDICINA NÃO CONSTITUI UMA PROFISSÃO ADEQUADA PARA AS MULHERES, POR CURSO E SEXO. UFG, 1996.

CURSO / SEXO	Med. mas.	Med. fem.	Ambos	Odo mas	Odo fem.	Ambos	MAS.	FEM.	TOTAL
CONCORDA PLENAMENTE	1,8	2,3	2,0	0,0	0,0	0,0	1,4	1,4	1,4
CONCORDA EM PARTE	20,0	6,8	13,4	41,2	10,3	25,8	25,0	8,2	16,6
DISCORDA EM PARTE	27,3	6,8	17,0	5,9	10,3	8,1	22,2	8,2	15,2
DISCORDA PLENAMENTE	49,1	84,1	66,6	52,9	79,3	66,1	50,0	82,2	66,2
SEM OPINIÃO FORMADA	1,8	0,0	0,9	0,0	0,0	0,0	1,4	0,0	0,7
TOTAL DE ALUNOS	55	44	99	17	29	46	72	73	145

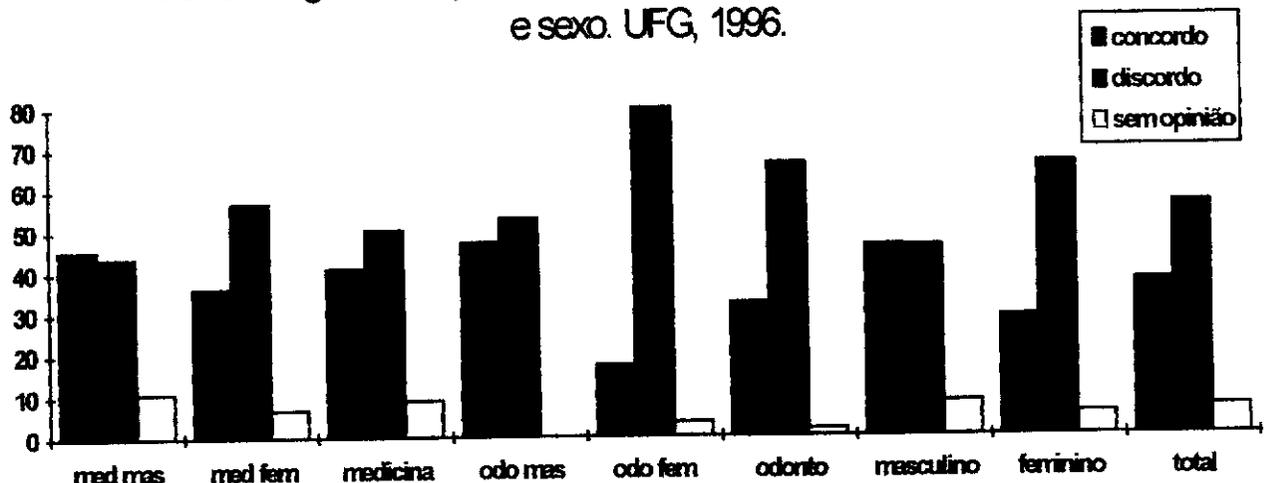
Gráfico 36 - Nível de concordância do aluno com a afirmação de que a medicina constitui uma profissão inadequada para as mulheres, por curso, série e sexo. UFG, 1996.



Frente à afirmação de que a Odontologia pode ser considerada uma profissão adequada para as mulheres, pois as mesmas podem, inclusive, montar os seus consultórios em casa, 55,9% discordam (Tabela 5.30, questão 50, anexo). Esse índice é maior entre as mulheres (65,8%), e entre essas as de Odontologia (79,3%). Entre as mulheres de Medicina, o índice de discordância é de 56,8%. Entre os homens de Odontologia não há diferença entre os que concordam (57,1) e os que discordam (53,9%). O mesmo ocorre entre os

homens de Medicina (Gráfico 37). Por esses dados, pode-se observar que a idéia da Odontologia como uma profissão que permite à mulher conciliar até o espaço familiar com o profissional não é rejeitado no grupo pesquisado, com exceção das mulheres de Odontologia. Quando entram no curso, 24% das alunas de Odontologia concordam com essa afirmação; quando terminam o curso, nenhuma concorda, mas aumenta o número das que se consideram sem opinião formada (14,3%). Entre os alunos de Medicina da última série 66,7% dos homens e 72,5% das mulheres concordam com essa afirmação. O índice encontrado entre os homens de Odontologia é o mesmo que o de Medicina, ou seja 66,6% (Tabela 5.34, anexo), o que demonstra que essa é uma representação compartilhada entre os diferentes grupos dessa pesquisa, e que, portanto tem maior aceitação coletiva.

Gráfico 37 - Nível de concordância do aluno com a afirmação de que a odontologia é uma profissão adequada para as mulheres, por curso e sexo. UFG, 1996.

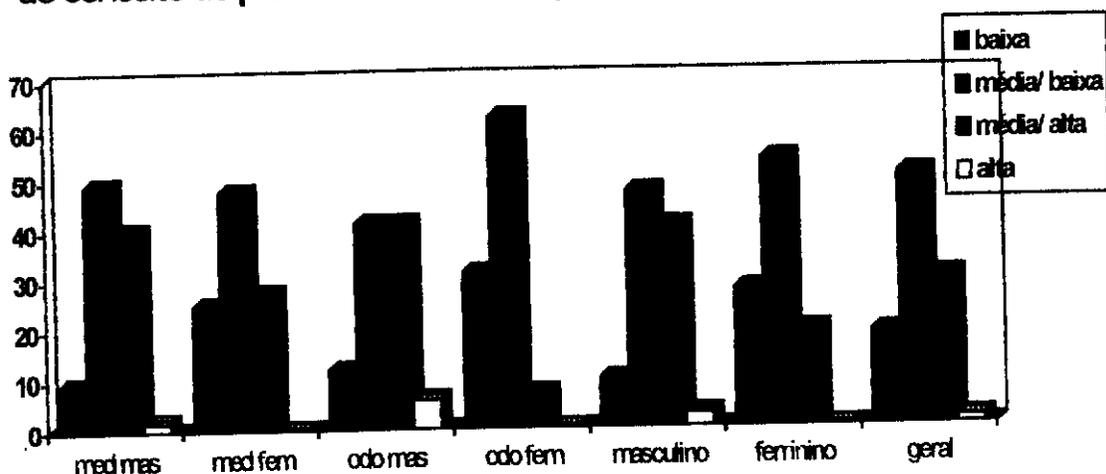


Em relação à aderência dos alunos à representação social, sobre o conceito de profissão feminina, observa-se que 50,3% desses situam-se na faixa média/ baixa (escores entre 8 a 14), levando-nos a concluir que os mesmos possuem uma visão mais aproximada da realidade sobre o conceito de profissão

considerada feminina (Gráfico 38). Pela tendência observada, pode-se afirmar que não consideram a Medicina e a Odontologia como tal. Observa-se, um incremento em relação aos alunos do sexo masculino de ambos os cursos, sendo que 40,3% encontram-se na faixa média/ alta (escores entre 15 a 21), enquanto para o sexo feminino esse índice é de 19,2% na mesma faixa. Encontram-se 93,1% das mulheres de Odontologia na faixa baixa a média/ baixa, sendo que nessa última o índice é de 62,1%. Entre os alunos do sexo masculino de Odontologia, 82,4% encontram-se nas faixas média/ baixa e média/ alta. Em relação ao curso de Medicina, os alunos de ambos os sexos encontram-se nas faixas média/ baixa e média/ alta, sendo 89,1% do sexo masculino e 75% do sexo feminino. Vale ressaltar que 25% das mulheres de Medicina encontram-se na faixa baixa. Em relação à série, destacam-se os alunos da última série de Medicina, sendo que, 44,4% e 37,5% dos homens e das mulheres, respectivamente, encontram-se na faixa considerada alta. Da mesma forma, 33,3% dos alunos do sexo masculino de Odontologia das primeiras série encontram-se na mesma faixa, e 25% do mesmo grupo das séries intermediárias. As mulheres da última série desse curso encontram-se na faixa média/baixa e baixa no índice de 100%. Mais uma vez evidencia-se uma maior aderência dos alunos do curso de Medicina, da última série, a essa representação, e as mulheres da última série de Odontologia como as que apresentam uma tendência menor de aderência a essa; portanto, uma primeira aproximação, leva a supor

que tenham uma visão mais próxima da realidade sobre as características das ocupações consideradas femininas.

Gráfico 38 - Aderência dos alunos à representação social acerca do conceito de profissões femininas, por curso e sexo. UFG, 1996.



Por um lado, as mulheres da última série de Odontologia constituem um grupo que possui menor aderência à representação social em relação às profissões tidas como femininas. Em decorrência desse fato, não reconhecem, na sua maioria, as características atribuídas às mesmas (Tabela 3.9). Por outro lado, não se apresentam unânimes em relação à atuação da mulher no mercado de trabalho. No movimento de tornar uma realidade não familiar, familiar a Odontologia está passando por um processo de mudanças, mudanças essas acarretadas pela maciça presença da mulher nos cursos de graduação, o que levará a uma maioria no campo profissional. O perfil do profissional dessa área tenderá a mudar, e essa mudança terá como condicionante não somente o fato dessa profissão ter, em curto espaço de tempo, a mulher como maioria dos profissionais, mas mudança nas relações de trabalho, devido ao avanço tecnológico da profissão e necessidades da população. Todos esses fatores influenciam as mudanças na representação social da profissão, sendo que algumas são explicitadas de forma mais imediata e outras se cristalizam sem

antes passar por uma reflexão pela própria sociedade. A Odontologia é uma profissão que, num curto espaço de tempo, será ocupada majoritariamente por mulheres, mas o processo de feminilização ainda não conseguiu superar as características da profissão eminentemente masculina. Por isso, as contradições presentes no discurso dos alunos do curso, apesar das características discutidas pelos diversos autores e a representação social da mesma, indicam que a Odontologia pode ser considerada uma profissão “mais adequada às mulheres”.

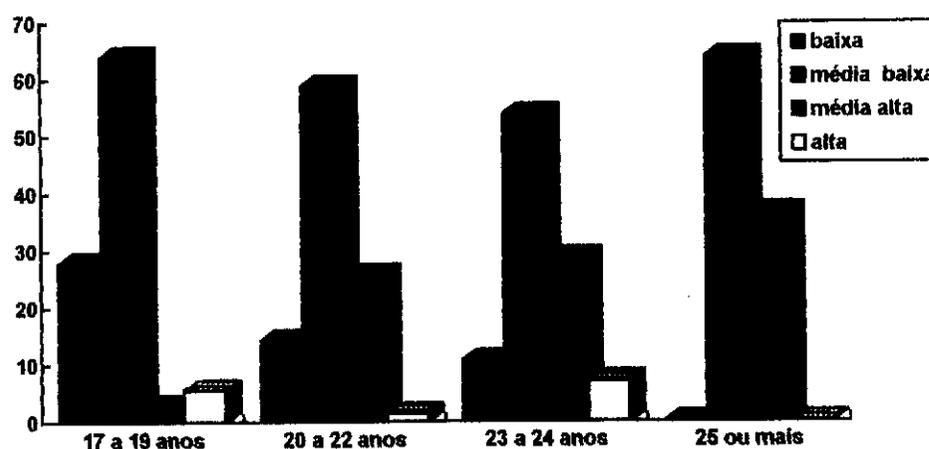
Os alunos apresentam a tendência de discordarem deste conceito formulado, mas isso não quer dizer que eles possuam uma visão mais clara sobre a inserção da mulher no mercado de trabalho; pelo contrário, no bloco em que se tenta uma aproximação com estas características, 21,9% admitem não ter opinião formada sobre o assunto, enquanto 48,6% discordam e 31,6% concordam (Tabela 5.33, anexo). Esse fato não compromete a suposição de que as tendências atuais destas profissões implicam em uma abertura do mercado de trabalho da saúde para as mulheres. Esta nova força de trabalho traça o perfil de um profissional compatível com as mudanças que este mercado vem sofrendo.

TABELA 3.9 - ADERÊNCIA DOS ALUNOS À REPRESENTAÇÃO SOCIAL ACERCA DO CONCEITO DE PROFISSÕES FEMININAS, POR CURSO, SÉRIE E SEXO. UFG, 1996.

CURSO	MEDICINA						ODONTOLOGIA					
	1		2		3		1		2		3	
SÉRIE												
SEXO	MAS	FEM	MAS	FEM	MAS	FEM	MAS	FEM	MAS	FEM	MAS	FEM
INTERVALOS												
0 - 7 Pontos	5,0	21,4	11,5	31,8	11,1	12,5	16,7	25,0	12,5	30,0	0,0	42,9
8 - 14 Pontos	60,0	57,1	50,0	45,5	22,2	37,5	33,3	66,7	50,0	60,0	33,3	57,1
15 - 21 Pontos	35,0	21,4	38,5	22,7	55,6	50,0	50,0	8,3	37,5	10,0	33,3	0,0
22 - 28 Pontos	0,0	0,0	0,0	0,0	11,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	33,3	0,0
TOTAL DE ALUNOS	20	14	26	22	9	8	6	12	8	10	3	7

Em relação a idade a diferença significativa encontrada apresenta-se na faixa média alta (corresponde a uma concordância parcial com as questões), onde pode-se encontrar 25% dos alunos entre 17 a 19 anos, enquanto que entre os alunos com mais de 25 anos esse índice sobe para 45,5% (Gráfico 36). Observa-se uma tendência desses alunos a concordarem com as questões relativas às características do conceito de profissão feminina. Ou seja, concordam que a profissão ideal para as mulheres é aquela que requer paciência, dedicação, cuidados com enfermos e crianças; quando uma profissão passa a ser exercida predominantemente por mulheres, ela tende a se desvalorizar, mas ao mesmo tempo concordam que o processo de feminilização, da medicina e odontologia, não diminui o prestígio dessas profissões. Concordam que as profissões mais recomendadas para os homens são aquelas que exigem espírito de liderança e uma renda compatível ao sustendo da família³⁹

Gráfico 39 - Aderência dos alunos à representação social sobre o incremento da participação feminina no mercado de trabalho na área da saúde, por faixa etária. UFG, 1996.

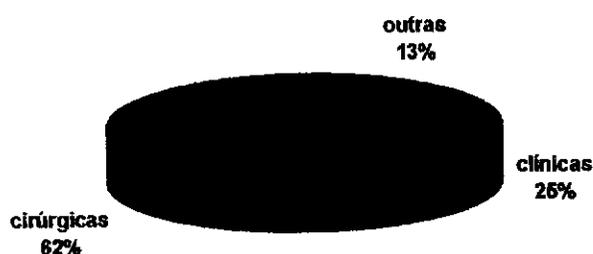


³⁹ Estas respostas foram agrupadas separando-se os questionários por faixa etária e observando-se a tendência das respostas em cada questão. Apenas 11 alunos se enquadraram nessa faixa, constituindo 7,6% da amostra.

3.3 - Representação social dos alunos sobre as consideradas especializações femininas

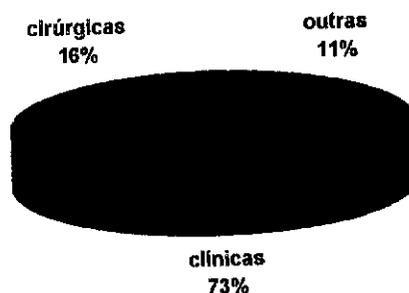
Apesar das questões sobre as características das especializações femininas terem sido discutidas anteriormente, elas serão retomadas separadamente nesse bloco, por constituírem uma peculiaridade na inserção da mulher no mercado de trabalho na área da saúde. Portanto, na questão em que se descreve como especialidades mais pertinentes aos homens ligadas à cirurgia e à reabilitação do paciente, por requererem rapidez no raciocínio, decisões rápidas, força física e pouco envolvimento emocional, apenas 9,6% das mulheres de ambos os cursos concordaram com elas (Tabela 5.7, questão 41, anexo). Contudo, ao serem perguntadas sobre a especialidade que querem seguir após a graduação, 73,7% das mulheres de Medicina e 50% de Odontologia escolheram as especialidades consideradas clínicas⁴⁰ (Tabela 5.41).

Gráfico 40 - Distribuição dos tipos de especialidades escolhidas pelos homens que cursam Medicina. UFG, 1996



⁴⁰ As divisões das especialidades em clínicas, cirúrgicas e complementares na Medicina foi retirada de Donnangelo (1975), e são elas: CLÍNICAS: clínica geral, medicina interna, pediatria, psiquiatria, dermatologia, neurologia, alergia, cardiologia, endocrinologia, gastroenterologia, nefrologia, pneumologia, geriatria, hematologia, reumatologia. CIRÚRGICAS: cirurgia geral, obstetrícia e ginecologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, ortopedia e traumatologia, urologia, anesthesiologia; cirurgias: digestiva, infantil, plástica, torácica, neurocirurgia, proctologia, oncologia, angiologia, cirurgia de mão, cirurgia de cabeça e pescoço; COMPLEMENTARES: anatomia patológica, radiologia, fisiologia, endoscopia, eletroencefalometria, medicina nuclear, radioterapia e hemoterapia. Para a Odontologia, essa classificação foi adaptada e as principais especialidades foram assim distribuídas: CLÍNICAS: odontopediatria, endodontia, ortodontia, dentística; CIRÚRGICAS: cirurgia buco-maxilo-facial, periodontia, prótese; COMPLEMENTARES: radiologia, estomatologia.

Gráfico 41 - Distribuição dos tipos de especialidades escolhidas pelas mulheres que cursam Medicina. UFG, 1996.



Segundo Machado (1995.a), há um predomínio de homens na maioria das especialidades médicas, mas em especialidades como cirurgia, ortopedia, urologia e radiologia existe uma predominância do sexo masculino. Em contrapartida, em especialidades como pediatria, patologia clínica, ginecologia-obstetrícia e psiquiatria a presença feminina é mais acentuada. Em outro trabalho publicado pela a mesma autora, em 1986, resultado de pesquisa realizada junto as médicas mineiras, constatou-se que essas exerciam especialidades como a pediatria, ginecologia e psiquiatria em seus consultórios. O grupo pesquisado alegou como fatores que influenciaram na escolha o fato: *“terem horário livre e flexível, não depender de patrão, condições de exercer a profissão segundo suas possibilidades pessoais e, por fim, a melhor maneira de conciliar as tarefas domésticas (mãe, esposa, etc.) com sua vida profissional”*(p14). Ainda segundo a mesma autora, as mulheres escolhem profissões consideradas “femininas” ou “próprias do seu sexo” que se refletem também na escolha da especialidade.

Trabalho realizado por Camillo-Coura et alii (1995), com 90 médicas com exercício profissional nos Estados do Rio de Janeiro, Paraná e Rio Grande do Sul e Distrito Federal constaram que 72,2% terminaram a residência médica sendo, que 27,8% a concluíram na especialidade de pediatria e 78% em clínica médica, ou seja, esses dados também apontam para a mesma tendência.

Gráfico 42 - Distribuição dos tipos de especialidades escolhidas pelos homens que cursam Odontologia. UFG, 1996.

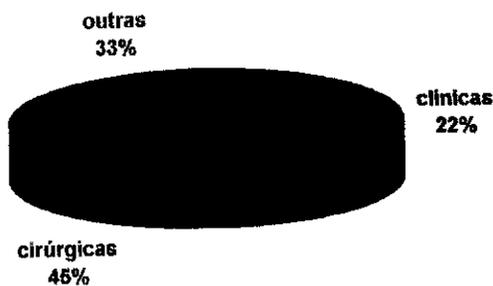
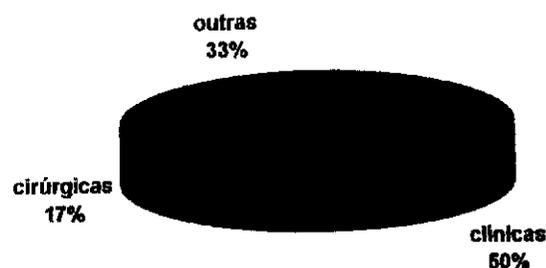


Gráfico 43 - Distribuição das especialidades escolhidas pelas mulheres que cursam Odontologia. UFG, 1996.



Parahyba Neto e cols. (1983) constataram que em Pernambuco as especialidades mais exercidas pelas mulheres são a odontopediatria, a endodontia e a periodontia, enquanto os homens exercem mais a endodontia, a prótese e a cirurgia. Dados fornecidos pelo Conselho Regional de Odontologia,

secção de Goiás, revelam que no Estado de Goiás as especialidades onde se concentram maior contingente feminino são a odontopediatria (87%) e a dentística restauradora (60%). A ortodontia é exercida por apenas 23,1% de mulheres, mas todas são consideradas especialidades clínicas (Tabela 5.43, anexo).

Uma contradição constatada nesta pesquisa é que as mulheres pesquisadas não consideram como motivo da escolha profissional as características da profissão como feminina. Em sua maioria, também não consideram as profissões que escolheram compatíveis com o conceito de profissão feminina, mas na hora que escolhem a especialização, escolhem as “mais próprias ao seu sexo”. Da mesma forma, discordam que as melhores profissões para os homens são aquelas que os possibilitem manter a sua família (Tabela 5.30, questão 41, anexo). Entre as mulheres de Medicina o índice de discordância é de 54,5% e as de Odontologia o índice é de 79,5%, portanto, essa possibilidade está posta para as mulheres. Todavia, elas escolhem as especializações, de uma forma geral, que são consideradas como as que permitem menor remuneração e menor prestígio social.

Camillo-Coura et alii (1995) afirmam que em termos globais a Medicina é uma profissão acessível a ambos os sexos, mas o mesmo não se pode falar em relação a determinadas especialidades, tais como: “*cirurgia geral, cardíaca, neurocirurgia, traumatologia e ortopedia, proctologia, urologia, tratamento intensivo e anestesia*”(p. 137). Citam como motivo dessas restrições ao acesso das mulheres desde a necessidade de força física até a resistência dos pacientes se despirem na frente de mulheres.

Nota-se que as conclusões apresentadas por Machado (1986) sobre as escolhas das especialidades médicas podem ser apreendidas nesses dados. Ao supor que as mulheres exerçam com maior eficiência tarefas “femininas”, essas relacionadas com as especialidades clínicas, nota-se uma cristalização dos papéis femininos, legitimados socialmente. As mulheres, ao “escolherem”

especialidades consideradas “próprias” a elas, e que são justamente as consideradas de menor prestígio dentro da profissão e com menor retorno financeiro, acentua a divisão técnica e social dentro das profissões de saúde. Portanto, é o contingente feminino das profissões que, tendencialmente, ocupará menos postos de trabalho, possuirá uma remuneração menor, terá mais dificuldades de se inserir de forma liberal no mercado de trabalho e terá menor reserva de capacitação. A inserção do contingente feminino na área da saúde ocorre de forma qualitativamente distinto.

Pesquisa realizada por Camillo-Coura et alii (1995) afirma que 63,3% das médicas pesquisadas reconhecem a existência de discriminação contra o exercício da Medicina pelas mulheres. Esse valor desce para 61,8%, no caso das médicas não-solteiras, e sobe para 70,6% para as docentes de nível superior. Citando as autoras:

“ Há restrições ao acesso a situações de treinamento (residência médica) e de emprego, agravadas em determinadas especialidades. Médicas podem ser preteridas, mormente nos casos de serem casadas e terem filhos ou por estarem grávidas, sob a alegação de que as atividades domésticas e o cuidado com os filhos (nascidos e a nascer) teriam como consequência inelutável a menor disponibilidade de tempo” (p.137)

Através dessa transcrição, pode-se notar que a profissional é julgada primeiro pelo papel social que deve assumir. Dentre os alunos pesquisados, 57% admitem haver discriminação sexual nas profissões que escolheram. Esse contingente diminui em relação à Medicina (55,4%) e aumenta em relação a Odontologia (59,3%). As mulheres percebem (62,7%) essa discriminação mais do que os homens (51,2%) (Tabela 3.5). Em relação às mulheres, a percepção dessa discriminação é maior entre as que cursam Odontologia (66,6%) do que as que cursam Medicina (60%). A forma como a mulher insere no mercado de trabalho é considerada distinta para ambos os sexos por 48,6% dos alunos (Tabela 5.33, anexo). 68,5% dos alunos não consideram suas profissões como ocupações femininas (Tabela 3.5), apesar de 43,1% dos homens pesquisados

encontrarem-se no nível alto (2,8%) e médio alto (40,3%) em relação à adesão a essa representação social; portanto, os homens representam as suas profissões em relação ao conceito de profissão feminina mais distante da realidade que as mulheres, e esse distanciamento é maior em relação aos homens de Odontologia (47,1%) (Tabela 5.39), onde o contingente feminino está em franco aumento. Homens e mulheres de ambos os cursos continuam tendencialmente escolhendo suas especializações de acordo com que socialmente é mais adequado para os sexos.

Nota-se uma percepção fragmentada da realidade sobre o incremento da participação feminina no mercado de trabalho na área da saúde. Alguns momentos, distintos grupos se aproximam ou se distanciam da realidade de como se dá a inserção da mulher nessas profissões. Uma visão parcelar e fragmentada perpassa a compreensão do aluno pesquisado de como se apresenta a discriminação sexual dentro das profissões que escolheram.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ensino e a prática médica possuem uma relação de autonomia e dependência, que pode ser comparado com a relação entre a teoria e a prática. Ambos guardam uma certa autonomia na medida em que em cada um reside a possibilidade de construção do conhecimento e, portanto, de interferência no real, no sentido da sua manutenção ou superação. A relação de dependência ocorre porque ambos necessitam possuir as mesmas características que permitem dar à profissão o caráter hegemônico que ela possui, como um mecanismo de preservação do *status* das profissões estudadas.

Para Starr (1991) e Freidson (1978) a transformação social da medicina em uma prática hegemônica se deu, fundamentalmente, por intermédio do controle e da seleção do ensino da prática médica e através da consolidação da autoridade profissional. Nessa consolidação, ressalta-se o papel das associações da categoria médica, que desempenharam papel fundamental na

expansão e na monopolização do mercado de trabalho médico; na consolidação da autonomia profissional e na homogeneização do ensino, transformando a medicina em uma profissão.

Segundo Mendes (1986), o projeto de profissão⁴¹ é sustentado pelos seguintes elementos ideológicos: **mecanicismo** - que se explicita na analogia do corpo humano como uma máquina dividida em parte interrelacionadas, mas cada parte tem sentido em si; **biologismo**; **individualismo** - que é duplo ao tratar o indivíduo e isolá-lo do seu meio, visto que as determinações das doenças são só biológicas; **especialização** - vista em uma perspectiva ideológica como parcialização abstrata do objeto de trabalho e econômica como divisão técnica do trabalho; **exclusão de práticas alternativas**; **tecnificação do ato**, pois o padrão de qualidade do trabalho está na dependência do grau de densidade tecnológica da prática superando a qualidade de quem a opera e **ênfase na cura das doenças**. Essas características se organizam de tal forma a se constituir em um paradigma de prática médica, o diferente é o que deve ser questionado. A articulação desses elementos ideológicos obscurecem as possibilidades de uma prática e ensino na área da saúde de qualidade e resolutividade que venham a contemplar uma formação profissional para a sociedade.

Estão postas como tendências das profissões de saúde o assalariamento, a perda da autonomia, a burocratização, a padronização, a especialização (norma ou tendência?) e, a feminilização (Machado, 1986, 1995 a, b) (Cordon 1986) (Santos, 1995). Porém, o paradigma de prática profissional na saúde é liberal e, portanto, essas tendências não estão postas como realidade nele. Mesmo assim os elementos ideológicos que sustentam o ensino e a prática na área médica o mantém, na medida em que as tendências das profissões não são explicitadas. O que se vê é a perpetuação de uma prática cada vez mais distante das reais possibilidades do profissional executá-la.

⁴¹ O autor trabalha com a prática e o ensino na odontologia, mas as suas conclusões se estendem para toda a prática e ensino na área da saúde.

As representações sociais dos alunos dos Cursos de Medicina e Odontologia da UFG, matriculados no ano letivo de 1996, aproximam-se da forma de exercício profissional autônoma, mesmo que o projeto das profissões em estudo esteja centrado no exercício liberal da profissão. Estas profissões estão voltadas para uma elite dominante e por ela são mantidas, mesmo que ideologicamente. A autonomia profissional, ao mesmo tempo, as sustentam e as limitam, pela falta de uma crítica acerca da profissão e da sua atuação. O ensino está voltado para a sustentação deste modelo de profissão. Portanto, quando a representação social dos alunos se aproxima mais do exercício autônomo da profissão é esta forma de inserção no mercado, que permite que os elementos ideológicos da prática profissional sejam recriados. É essa forma de inserção profissional que permite manter a representação social de que a profissão ainda é liberal: com possibilidade de inserção imediata no mercado de trabalho, retorno financeiro e social garantidos.

Os alunos pesquisados encaram a especialização como uma forma de aprimoramento profissional e aquisição de prestígio, tanto em relação aos seus pares, quanto à clientela, desconhecendo que a especialização é uma decorrência da divisão do trabalho neste setor e funciona como um mecanismo de seleção de ingresso no mercado de trabalho. Eles apresentam, ainda, uma tendência em admitir a discriminação sexual do trabalho nas profissões que escolheram, mas ao decidirem sobre a especialização a ser cursada, reproduzem a distribuição encontrada no mercado.

As representações sociais dos alunos tendem a mostrar um desconhecimento do mercado de trabalho. Porém, diante da afirmação de que o curso consegue dar ao aluno uma visão real sobre a profissão, o mercado de trabalho e as suas formas de organização, 71,8% concordam, sendo que 62,1% concordam em parte (Tabela 5.47, anexo). O ensino como é conduzido dentro dos cursos de Medicina e Odontologia são mediações para a consolidação da profissão como hegemônica, e a visão que passa sobre o mercado de trabalho

se dá no sentido da manutenção dessa hegemonia; portanto, o curso passa a visão desejável hegemonicamente do mercado de trabalho, mas não a visão real.

TABELA 4.1 - FREQUÊNCIA DAS RESPOSTAS DOS ALUNOS DOS CURSOS DE MEDICINA E ODONTOLOGIA RELATIVAS À AFIRMAÇÃO QUE O CURSO LHE PROPORCIONA UMA VISÃO ADEQUADA SOBRE O MERCADO DE TRABALHO PROFISSIONAL. UFG, 1996.

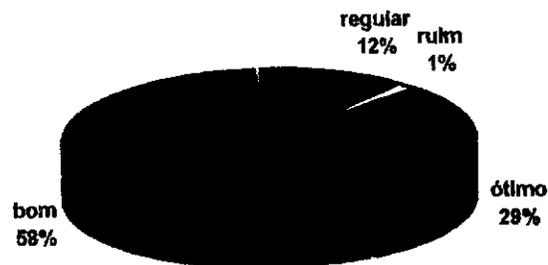
CRITÉRIOS	%
CONCORDO	9,7
CONCORDO EM PARTE	62,1
DISCORDO EM PARTE	13,8
DISCORDO	11,7
NÃO SE APLICA	2,8
Total de alunos	145

Para 57,2% dos alunos pesquisados, o curso que frequentam é considerado bom (Gráfico 44), e segundo 46,9% o seu contato com o paciente (objeto de ensino e prática) é satisfatório (Tabela 5. 45). Na opinião de 46,9% dos alunos as matérias do ciclo básico deveriam ser mais direcionadas para o curso, enquanto 49,0% as consideram fundamentais para o ciclo profissional (Tabela 5.46, anexo). Comparando-se a opinião dos alunos da última série de ambos os curso, observa-se que para 45,2% dos alunos de Odontologia as matérias do ciclo básico deveriam ser mais orientadas para o curso, enquanto 61,4% dos alunos de Medicina têm a mesma opinião⁴² (Tabela 5.48, anexo). Os objetivos do curso básico não resultam claros para estes alunos. O conhecimento que deveria ser formado com as matérias básicas pode ser considerado “pré-conceitos”, que teriam a função de possibilitar a formação dos “conceitos”, com os quais os profissionais irão trabalhar na sua prática cotidiana. Por outro lado, o

⁴² Esses alunos estão sendo analisados de forma particular, porque é de se esperar que os mesmos possuam uma visão integral do curso e possam ver essa ligação de uma forma mais “completa”

ensino na área médica é muito técnico e imediato; o aluno precisa aprender fazer, fazendo. O conhecimento é transmitido de forma tão parcelar e fragmentado dentro de cada disciplina que o aluno não consegue formar os conceitos⁴³ que o instrumentalizem a pensar criticamente a sua profissão.

GRÁFICO 44 - Opinião do aluno sobre o curso que frequenta. UFG, 1996.



É importante ressaltar que entre os alunos das primeiras séries de Odontologia, 83,4% consideram que as matérias do ciclo básico deveriam ser mais direcionadas para o curso, opinião que nos causa estranheza, visto que, “aparentemente”, não as conhecem ainda. Na última série do curso, as opiniões se polarizam entre: fundamentais (47,6%) e mais direcionadas para o curso (45,2%). Quanto aos alunos de Medicina recém-ingressos, a maioria considera essas matérias fundamentais para o curso (75,7%); na última série esse índice cai (35,4%), aumentando o índice no item em que essas deveriam ser mais direcionadas para o curso (58,3%)⁴⁴. A partir dessas respostas, duas possibilidades podem ser levantadas: 1º) o ensino básico não se adequa às necessidades do ensino profissional, em ambos os cursos; 2º) o ensino

⁴³ Segundo Vigotsky: “o desenvolvimento dos conceitos, ou dos significados das palavras, pressupõe o desenvolvimento de muitas funções intelectuais: atenção deliberada, memória lógica, abstração, capacidade para comparar e diferenciar” (1987)

⁴⁴ Os percentuais aqui apresentados foram retirados da tabela 5.48. Foi tirada a média entre as respostas dos alunos de ambos os sexos, dentro das séries de cada curso.

profissional não consegue articular o conhecimento específico com as consideradas ciências básicas. Portanto, essa articulação merece ser redimensionada, pois o conhecimento das ciências básicas é fundamental para a formação de um aluno que consegue pensar sobre a sua prática e não apenas reproduzi-la.

Segundo Freidson (1978) pesquisas revelam que os estudantes de Medicina consideram importante *“recolher toda experiência prática que pudessem às expensas do conhecimento mais abstrato. Deste modo, os estudantes davam pouca importância a seu trabalho em ciências básicas, porque este falhava em prover a experiência clínica que eles consideravam útil para sua prática futura”*(171). Da mesma forma, os alunos pesquisados continuam não considerando o conhecimento nas matérias básicas como fundamental, pelo fato de elas não promoverem a experiência clínica imediata desejada pelo aluno, o que provoca a diminuição do percentual de alunos nas últimas séries que as considerem fundamentais.

Para Coelho e Shaw (1995) o médico tem pouca oportunidade de aplicar os conhecimentos das ciências básicas e afirmam que os mesmos não utilizam de forma direta os conhecimentos que adquirem durante a sua formação. O mesmo pode-se dizer dos cirurgiões-dentistas, que não conseguem colocar em prática, de forma direta, grande parte dos conhecimentos adquiridos durante a graduação. Por isso, o fato de que apenas 37,9% dos alunos considerarem o seu contato com o paciente pouco causa estranheza. Causa estranheza porque apenas 37,9% consideram poucas as oportunidades de utilizarem de forma direta o conhecimento que adquirem durante a graduação.

A tendência do mercado de trabalho aponta, no limite, para uma prática insatisfatória para o profissional, tanto técnica como economicamente. Tanto a prática como o ensino nessa área, condicionados por seus elementos ideológicos, permitem obscurecer a real situação por que passa as profissões.

Em decorrência desta “insatisfação” com a prática profissional⁴⁵, promovem-se condições de manutenção das tendências do mercado e de evasão dos profissionais, principalmente os candidatos do sexo masculino a essas, condicionando o aumento da participação feminina.

O ensino e a prática na área da saúde condicionam uma formação profissional incompatível com as tendências do mercado de trabalho, e este se beneficia a partir desse despreparo. Alguns autores mostram-se resistentes em considerarem o ensino como fator de mudança da prática profissional, como Paim, Schraiber, Marsiglia, em entrevistas ao Jornal da Rede UniDa (1996). A história mostra-nos que foi o ensino um dos elementos fundamentais para a consolidação das práticas hoje hegemônicas. Este constitui-se o ponto de maior resistência a essas transformações e, ao mesmo tempo, o de maior eficácia.

Pelos estudos sobre o tema percebe-se uma tendência de deslocamento dos atributos das profissões, como autonomia, prestígio, confiança e a determinação social da doença, para instituições que promovem a assistência à saúde.

Para Rego

“ Tal como Powell, concluímos, observando que as transformações ocorridas não devem ser encaradas como uma tendência linear de desprofissionalização, mas um rico processo de reprofissionalização, para a readequação da corporação ao atual estágio de desenvolvimento das forças sociais. Para nós, nada mais natural que entender esse processo como de adaptação, fruto da dinâmica dialética da sociedade. Difícil seria imaginá-la sem profissões constituídas ou como compartimentos estanques.”
(1994:215)

Se a reprofissionalização pode ser apontada como uma tendência no limite, estão dadas as condições de transformação desta prática; no limite estão dadas as condições de se instaurar uma consciência crítica nos profissionais, no sentido da construção de uma prática para a sociedade, já que a prática para o mercado gera no profissional uma insatisfação, e não possui resolutividade.

⁴⁵ Perri de carvalho(1995), Maria Helena Machado et alii (1996)

Porém, para que este processo de reprofissionalização seja um rico processo de “*readequação da corporação ao atual estágio de desenvolvimento das forças sociais*”, como preconiza Rego (1994: 215) as corporações da área da saúde precisam desvelar a realidade das profissões. Os elementos ideológicos da prática e do ensino na área médica precisam ser descortinados, e esse descortinamento só se processa através de uma crítica da profissão, portanto, na superação da visão fragmentada de seus membros e aspirantes da realidade da qual faz parte. Constitui-se também como força social o capital, que está penetrando e dominando o mercado de trabalho e que conta como aliados os elementos ideológicos que sustentam essa prática profissional.

É impossível conceber uma sociedade sem médicos, sem cirurgiões-dentistas, mas é possível conceber profissionais insatisfeitos exercendo essas profissões, bem como é possível conceber a transferência dos atributos dessas profissões para as corporações que as controlam.

No limite, também é possível conceber um ensino e uma prática da saúde orientados para a realidade brasileira, o que não constitui uma tarefa fácil, visto que romper com o pensamento ideológico, que orienta os profissionais dessa área, para que o óbvio deixe de ser obscuro, se impõe. A formação de profissionais aptos a intervirem nesta realidade, de uma forma mais crítica, constitui-se um dos caminhos para que a obviedade do obscuro se deixe conhecer.

BIBLIOGRAFIA

- ADORNO, T. e cols. La personalidad autoritaria. Buenos Aires, Proyeccion, 1975.
- BERLINGUER, G.- O Papel social do médico in: Medicina e Política - Cebes - Hucitec, 2ª ed. São Paulo, 1983 p. 153 - 178
- BLAY, E. - O trabalho domesticado: a mulher na industria paulista. São Paulo, Ed. Ática, 1978.
- CÁMARA, V.P. - La mujer en la odontologia en la Ciudad de México. Su formación a niveles de licenciatura y posgrado. Educ. Med. y Salud. 28(4), 1994. p. 562-575.
- CAMILLO-COURA, L.; CASTRO, C.L.M.; CAMILLO-COURA, L. - A mulher médica: a discriminação profissional. An. Acad. Nac. Med. 155(3): 135-139, 1995.
- CAMPOS, G.W.S. - Os médicos e a política de saúde. São Paulo, Editora Hucitec, 1988.
- CAMPOS, G.W.S.; CHAKOUR, M.; SANTOS, R. C. - Residência e Especialidades Médicas. Revista Brasília Médica. Associação Médica de Brasília, setembro de 1995.
- CHERCHIGLIA, M.L. - remuneração do trabalho médico: um estudo sobre seus sistemas e formas em Hospitais Gerais de Belo Horizonte. Cad. Saúde Públ., Rio DE Janeiro, 10(1): 67-79, JAN/MAR, 1994.
- CORDON, J. - Saúde bucal e mercado de trabalho odontológico. Saúde em Debate nº 18. Número especial de odontologia, março/abril, 1986.

- CORDON, J. & GARRAFA, V. - Prevenção versus Preventivismo. Saúde em Debate - Divulgação nº 6 . CEBES, Londrina, outubro de 1991.
- CORDON, J. - Avaliando os cursos de Odontologia - Parte 2. CFO Informa Brasília, março de 1997.
- COELHO, E.C. & SHAW, B. - Físicos, sectários e charlatães: a medicina em perspectiva histórico-comparada in: Profissões de saúde: uma abordagem sociológica. Editora Fiocruz, 1995 p.35-62
- CZEPAK, I.- Baixa remuneração leva médicos a multiempregos. O Popular 9 de junho de 1996: 2B.
- DONNANGELO, M.C.F.- Saúde e Sociedade. São Paulo, Duas Cidades, 1976
- DIEESE - subsecção Metalúrgicos do ABC - A reestruturação produtiva no complexo automotivo Brasileiro. São Bernado do Campo, setembro, 1995.
- FREIDSON, E. La profesión médica: un estudio de sociologia del conocimiento aplicado. Barcelona: Ediciones Península, 1978.
- FREIRE, M.C.M.; SOUZA, C.S.; PEREIRA, H.R. - O perfil do acadêmico de odontologia da Universidade Federal de Goiás. Divulgação nº 10: 15-20 junho ,1995.
- FERREIRA, R.A. - O valor da saúde bucal nas empresas. Revista da APCD: 49(2): 96-107, mar/abr, 1995
- GIFFIN, K. - Estudos de gênero e saúde coletiva: teoria e prática. Saúde em debate. nº 46: 29-33, março, 1995.
- GIRARDI, S. N. - O Perfil do “emprego” em saúde no Brasil. Trabalho apresentado para a Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde. Brasília, DF, outubro de 1986.
- LASSANCE, M.C.; SELBACH, V.S.; BYSTRONSKI, B. - Mulher e trabalho: a integração possível entre o público e o privado. Psicologia: reflexão e crítica. Porto Alegre, v.4 nº 1/2: 32-42, 1986
- LIP, C. Los cambios en la profesión médica y sus implicaciones. El caso del Perú. Educ. Med. Salud. v.28(1): 94-123. 1994.

- GARCIA, J.C. - La decisión de estudiar medicina. Educ. Med. y Salud. vol 4 (4): 277-294. out/nov/dez, 1970.
- GONÇALVES, E.L. - Tendências na formação de médicos no Brasil. Rev. Ass. Med. Brasil 42(3): 162-6. 1996.
- LOURO, G.L. - Prendas e antiprendas: educando a mulher gaúcha. Educação e Realidade. Porto Alegre, 11(2): 25-56, jul/dez, 1986.
- MARX, K. - O Capital: crítica da economia política. São Paulo: Abril Cultural. Vol. I, Livro Primeiro, 1983.
- MACHADO, M.H.- A participação da mulher no setor saúde no Brasil 1970 - 1980 (mimeo). Trabalho apresentado para a Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde. Brasília, outubro, 1986.
- _____ - Sociologia de las profisiones: un nuevo enfoque. Educ. Med. Salud, vol 25, nº 1, p. 28- 36, 1991
- _____ O mercado de trabalho em saúde no Brasil: estrutura e conjuntura. Rio de Janeiro: ENSP, 1992.
- _____ . Especialidades médicas no Brasil. Rio de Janeiro, ENSP, 1995.a
- _____ . - Profissões de Saúde e Mercado de Trabalho no Brasil. Curso proferido durante o I Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Saúde. Curitiba, novembro de 1995.b
- _____ . (org). - Profissões de saúde: uma abordagem sociológica. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 1995.c
- _____ . - La mujer y el mercado de trabajo en el sector de la salud en las Americas. Hegemonia femenina? p. 277-285.
- MACHADO, M.H. et alii - Perfil dos Médicos in: Dados Radis FIOCRUZ nº 19- junho 1996
- MARINHO, M.J.M.C. -Profissionalização e credenciamento: a política das profissões. Rio de Janeiro: SENAI / DN / DPEA, 1986.
- MARTÍNEZ F, D.V. - Concepto, actores y variables del mercado de trabajo médico. Educ. med. Salud, vol 29(1) 62:75, 1995.

- MEDICI, A.C. - Mercado de trabalho em saúde no Brasil: desafios para os anos noventa. Cadernos RH saúde. v.1(3):41-46. Brasília, novembro de 1993.
- MENDES, E.V. - Prática profissional e projeto pedagógico na odontologia. Texto mimeografado. Brasília, outubro, 1986.
- MOSCOVICI, S. A representação social da psicanálise. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1978.
- NOGUEIRA, R. P. - Dinâmica do mercado de trabalho em saúde no Brasil -1970/1983. Brasília, OPS - Acordo MS /MPAS/ MEC/ MCT, 1986.
- NUNES, D.E. - A medicina como profissão: contribuição ao estudo da escolha ocupacional entre alunos de medicina. Tese de Doutorado. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas, 1976.
- OFFE, C. - Trabalho e Sociedade: Problemas estruturais e perspectivas para o futuro da "Sociedade do Trabalho". Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1989.
- ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO - Desigualdades entre hombres y mujeres en los mercados del trabajo urbano del tercer mundo. Genebra.
- PAIM, J.S. Educación medica en la decada de 1990: el optimismo no basta. Educación Medica y Salud. 25(1), 1991
- PAIXÃO, H.H. - A odontologia sob o capital: o mercado de trabalho e a formação universitária profissional do Cirurgião- Dentista, capítulo da Dissertação de Mestrado. UFMG, BH, 1979.
- PARAYBA NETO, H.; BIJELLA, V.T.; MORAES, N. - Análise de Algumas características dos profissionais formados pala Faculdade de Odontologia de Pernanbuco. RBO. nº - jul/ago, 1983.
- PEREIRA, J.C. - Sobre a tendência à especialização na medicina. Forum Educacional. Rio de Janeiro 3(3): 49 -58, jul/set 1979.
- PEREIRA, M. F. & BOTELHO, T. L. - Análise dos recursos humanos em Odontologia no Estado de Goiás. - Parte I. Texto mimeografado.

- PEREIRA NETO, A.F. - A profissão médica em questão (1992): dimensão histórica e sociológica. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 11(4) : 600 - 615, out/dez, 1995.
- PERRI DE CARVALHO, A.C.- Educação & Saúde em Odontologia: ensino da prática e prática do ensino. São Paulo, Livraria Santos Editora Ltda., 1995.
- PIERANTONI, C.P. & MACHADO, M.H.- Profissões de Saúde: a formação em questão. Cadernos RH saúde. v.1(3):23-34. Brasília, novembro de 1993.
- PINTO, V. G. A Odontologia Brasileira às Vésperas do Ano 2000: diagnóstico e caminhos a seguir Brasília, 1993.
- PINTO, V.G. - Odontologia no município. Curso proferido em Goiânia patrocinado pela Secretaria Municipal de Goiânia, dezembro de 1996.
- PRADO, N. - Profissões de saúde: profissões de mulher? Cadernos FUNDAÇÃO. São Paulo, 5(10) 44-56, julho, 1985.
- RAGO, M. - Do cabaré ao lar: A utopia da cidade disciplinar. Brasil 1890 - 1930. RJ, Paz e Terra, 1985.
- REDE UNIIDA - O ensino das profissões de saúde: entrevista com Jairnilson Pain, Lilian Blima Schraiber e Regina Marsiglia, nº 19, 1996.
- RELATÓRIO FINAL DO II CONGRESSO INTERNACIONAL DE ODONTOLOGIA. Belo Horizonte - MG, 1989.
- REGO, S.A. - Desprofissionalização ou reprofissionalização: um paralelo entre a advocacia e a medicina. Rev. Ass. Med. Brasil. 40(3):211-5, 1994
- RIBEIRO, J.M. & SCHRAIBER, L.B. - A autonomia e o trabalho em medicina. Cad. Saúde Públ. Rio de Janeiro, 10 (2): 190-199, abr/jun, 1994.
- ROEDEL, S. - Representações da contracepção e de prática contraceptivas. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, 1991.
- SAFFIOTI, H.I.B. A mulher na sociedade de classe: mito e realidade. Petrópolis, Vozes, 1976.

- SANTANA, J.P. & GIRARDI, S.N. Recursos humanos em saúde: reptos atuais. Educ. Med. y Salud. 27(3): 341-356, julio-septiembre, 1993.
- SANTOS, P.M. - Profissão médica no Brasil in: Profissões de saúde: uma abordagem sociológica. Editora Fiocruz, 1995. p.97-117.
- SCHRAIBER, L. - Educação Médica in: Educação Médica e Capitalismo: um estudo das relações educação e prática médica na ordem social capitalista. Hucitec - Abrasco, São Paulo - Rio de Janeiro, 1989
- _____. Profesión medica: representação, trabajo y cambio. Educ. med. Salud. 25(1), 1991. p.58 -71
- SOUSA, A.L. & MONEGO, E.T. - (Re)Pensando as práticas em saúde - pelos caminhos da educação in: O ensino da graduação: contribuição para o debate : 21 -38. Universidade Federal de Goiás - Pró-reitoria de Graduação, Goiânia, 1996.
- SPINK, M.J.P. - O conceito de representação social na abordagem psicossocial. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 9(3): 300-308, jul/set, 1993.
- STARR,P. - La transformación social de la profesión médica. 1991
- UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS. Comissão Especial de Concurso Vestibular. Estatística Questionário do Vestibular dos anos de 1990 a 1996.
- VIGOTSKY, L.S. Um estudo experimental da formação de conceitos e O desenvolvimento dos conceitos científicos na infância in: Pensamento e Linguagem, Martins Fontes, 1ª edição São Paulo, 1987.
- WEBER, M. - A ética protestante. in Coleção Os Pensadores. São Paulo, ... Abril Cultural: 183-237, 1974

ANEXOS

1. Lista de Quadros

QUADRO I: Questões referentes ao mercado de trabalho na área da saúde

13. A profissão que você escolheu é uma profissão liberal ou autônoma.
14. A profissão que você escolheu confere prestígio ao profissional, porque este passa a ser tratado de modo diferente pelas outras pessoas quando ficam sabendo que são doutores.
15. Para ser médico a pessoa tem que se dedicar à profissão mais até que à própria família.
16. As profissões de saúde, como: médico, dentista são sempre boas, pois permitem que os profissionais obtenham renda compatível com a sua subsistência.
17. No início da carreira profissional, os recém-formados necessitam arrumar um emprego para garantir a sobrevivência, muitas vezes se submetendo a condições de trabalho insatisfatórias e baixos salários.
18. Para se exercer a profissão de cirurgião-dentista tem-se menor desgaste emocional do que a do médico.
19. O profissional de saúde deve trabalhar apenas no consultório particular e atender a uma clientela eminentemente particular.
20. Não se emprega para a área da saúde a lei da oferta e da procura da economia. A saúde está acima da economia; o que conta é a necessidade do paciente.
21. Hoje, para se viver da profissão, não é necessário atender a vários convênios, como: sindicatos, Unimed, Golden Cross, IPASGO⁴⁶ e SUS, entre outros, como alguns profissionais fazem.
22. Quando se trata de médico ou dentista não se pode falar de subemprego ou desemprego.
23. Os cirurgiões-dentistas ainda continuam sendo, predominantemente, considerados profissionais autônomos. O mesmo não se pode afirmar em relação aos médicos.
24. Os profissionais de saúde, mesmo sendo submetidos a baixos salários, continuam gozando de alto prestígio junto à população.
25. Todo médico bem sucedido trabalha um período em um hospital, dedicando-se ao atendimento dos pacientes e, ao mesmo tempo, aprimorando seus conhecimentos. O outro período se dedica ao consultório particular. Já o dentista alterna o seu horário profissional com atividade de ensino.
26. O serviço público é uma opção de trabalho que alguns assumem até se estabilizarem financeiramente. Os que permanecem nele é porque não se deram bem profissionalmente.

⁴⁶ . A sigla se refere ao Instituto de Previdência e Assistência ao Servidor Público do Estado de Goiás.

QUADRO II. Questões relativas à especialização na área médica.

33. A especialização dá um “status” diferenciado para o profissional, principalmente se é feita em lugares de maior prestígio.
34. Os convênios credenciam qualquer profissional; não há necessidade do título de especialista para este fim.
35. O curso que você está matriculado é conduzido de forma a despertar no aluno a necessidade e importância de uma especialização. Só assim os alunos serão bons profissionais.
36. A especialização é uma forma do profissional adquirir maior confiança após a graduação.
37. A especialização na área médica se dá, fundamentalmente, pela impossibilidade de uma única pessoa deter todo o conhecimento nesta área.
38. A crescente especialização que está se dando na área da saúde até facilita o acesso do paciente ao tratamento. O custo adicional do tratamento, devido ao aumento do número de profissionais envolvidos no caso, é compensado pela sua maior qualidade.
39. Quando o profissional se especializa, as chances de errar no diagnóstico e tratamento diminuem, porque o profissional está mais apto a interpretar os resultados dos exames complementares fornecidos por equipamentos mais sofisticados.
40. O profissional, ao se especializar, consegue ter uma visão mais global do paciente. Relaciona com maior facilidade a sua especialidade com as demais.

QUADRO III. Questões relativas ao incremento da participação feminina no mercado de trabalho na área da saúde.

41. As melhores especialidades para os homens são aquelas ligadas à área cirúrgica, à reabilitação do paciente, à cardiologia, radiologia, ortopedia, pois todas requerem rapidez no raciocínio, decisões rápidas, força física e pouco envolvimento emocional.
42. As mulheres que trabalham na área da saúde exercem a mesma quantidade de postos de trabalho que o homem.
43. As mulheres exercem o trabalho autônomo com a mesma frequência do homem.
44. A profissão ideal para as mulheres é aquela que requer: paciência, dedicação, cuidados com enfermos e crianças
45. Quando uma profissão passa a ser exercida por uma grande quantidade de mulheres, esta sofre um processo de desvalorização, refletida principalmente nos salários dos profissionais da área.
46. Na hora que uma mulher vai escolher sua profissão, ela tem que ter em mente que o seu papel primordial é o cuidado com os filhos.
47. A Medicina e a Odontologia são profissões boas para as mulheres porque elas podem arrumar emprego no serviço público com uma remuneração razoável e se dedicar à profissão parcialmente.
48. Para o homem, as profissões mais recomendadas são as que exigem espírito de liderança e o possibilite ter uma remuneração que possa manter a sua família.
49. A Medicina não é uma profissão adequada para as mulheres, pois requer do profissional grande dedicação e, conseqüentemente, deixa menos tempo para a permanência da mulher em casa, para cuidar dos filhos e do marido.
50. O Odontologia é uma profissão adequada para as mulheres, pois elas podem, inclusive, montar o seu consultório em casa.
51. O crescente número de mulheres que procuram as profissões de saúde, como a Medicina e a Odontologia, não deve causar preocupação. Estas profissões gozam de prestígio junto à população, independente do sexo de quem a exerça.
52. As mulheres e os homens que trabalham na área da saúde detêm a mesma jornada de trabalho.
53. As mulheres que trabalham na saúde detêm os mesmos rendimentos do trabalho do contingente masculino.

2. Lista de tabelas

TABELA 5.1 - DISTRIBUIÇÃO DOS ALUNOS SEGUNDO FAIXA ETÁRIA POR CURSO, SEXO E SÉRIE. UFG, 1996

CURSO	MEDICINA						ODONTOLOGIA					
	1		2		3		1		2		3	
SÉRIE	MAS	FEM	MAS	FEM	MAS	FEM	MAS	FEM	MAS	FEM	MAS	FEM
FAIXA ETÁRIA												
17 a 19	75,0	50,0	7,7	0,0	0,0	0,0	83,3	58,3	0,0	0,0	0,0	0,0
20 a 22	20,0	50,0	61,5	72,7	33,3	0,0	16,7	41,7	75,0	70,0	66,7	42,9
23 a 24	5,0	0,0	30,8	22,7	44,4	62,5	0,0	0,0	0,0	20,0	33,3	28,6
25 ou mais	0,0	0,0	0,0	4,5	22,2	37,5	0,0	0,0	25,0	10,0	0,0	28,6
TOTAL DE ALUNOS	20	14	26	22	9	8	6	12	8	10	3	7

TABELA 5.2 - DISTRIBUIÇÃO DOS ALUNOS DE ACORDO COM A INFORMAÇÃO DA EXISTÊNCIA DE PARENTES NA MESMA PROFISSÃO E GRAU DE PARENTESCO. UFG, 1996

PARENTES		QUANTIDADE				GRAU DE PARENTESCO				
SIM	NÃO	1	2	3	4 OU >	PAI	IRMÃO	TIO	PRIMO	OUTROS
83	61	28	19	21	14	16	15	37	36	8
57,6	42,4	33,7	22,9	25,3	16,9	14,3	16,7	33,0	32,1	7,1

TABELA 5.3 - DISTRIBUIÇÃO DOS ALUNOS SEGUNDO CURSO, SEXO E QUANTIDADE DE PARENTES NA MESMA PROFISSÃO. UFG, 1996.

CURSO / SEXO / QUANTIDADE	1	2	3	4 ou +	TOTAL
MEDICINA MASCULINO	38,7	19,4	25,8	12,9	55
MEDICINA FEMININO	32,1	32,1	17,9	17,9	44
ODONTOLOGIA MASCULINO	30,0	10,0	30,0	30,0	17
ODONTOLOGIA FEMININO	28,6	21,4	35,7	14,3	29

TABELA 5.4 - FREQUÊNCIA DE LEITURA DA AMOSTRA PESQUISADA, POR CURSO, SÉRIE E SEXO. UFG, 1996.

CURSO	MEDICINA						ODONTOLOGIA					
	1		2		3		1		2		3	
SÉRIE												
SEXO	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.
JORNAL:												
DIARIAMENTE	10,0	0,0	23,1	13,6	11,1	12,5	0,0	8,3	25	30,0	100	14,3
SEMANALMENTE	60,0	57,1	65,4	50,0	77,8	12,5	50,0	50,0	50	50,0	0,0	71,4
NÃO LÊ	30,0	42,9	11,5	36,4	11,1	75,0	50,0	41,7	25	20,0	0,0	14,3
REVISTA												
NO MÍNIMO UMA VEZ POR SEMANA	35,0	50,0	57,7	50,0	66,7	12,5	66,7	25	37,5	50,0	66,7	14,3
NO MÍNIMO UMA VEZ POR MÊS	50,0	28,6	19,2	36,4	0,0	50,0	33,3	50	50	30,0	33,3	85,7
NÃO LÊ	15,0	21,4	23,1	13,6	33,3	37,5	0,0	25	12,5	20,0	0,0	0,0
LIVROS												
NO MÍNIMO UM TÍTULO POR MÊS	15,0	21,4	11,5	13,6	11,1	0,0	0,0	8,33	12,5	20,0	0,0	0,0
QUANDO É MUITO COMENTADO	60,0	64,3	42,3	40,9	44,4	50,0	16,7	50	37,5	40,0	33,3	28,6
NÃO LÊ	25,0	14,3	46,2	45,5	44,4	50,0	83,3	41,7	50	40,0	66,7	71,4
REVISTA PROFISSIONAL												
ROTINEIRAMENTE	40,0	28,6	34,6	45,5	55,6	62,5	33,3	0,0	50	40,0	33,3	42,9
PESQUISA OU RECOMENDAÇÃO	40,0	57,1	53,8	45,5	44,4	37,5	50,0	83,3	25	50,0	66,7	57,1
NÃO LÊ	20,0	14,3	11,5	9,1	0,0	0,0	16,7	16,7	25	10,0	0,0	0,0
TOTAL DE ALUNOS	20	14	26	22	9	8	6	12	8	10	3	7

TABELA 5.5. - FREQUÊNCIA DAS RESPOSTAS RELATIVAS AOS MOTIVOS DA ESCOLHA PROFISSIONAL. UFG, 1996.

MOTIVOS	%
VOCAÇÃO	18,5
INFLUÊNCIA DE PARENTES OU AMIGOS	5,2
MAIOR SEGURANÇA E TRANQUILIDADE NO FUTURO	10,9
INTERESSE EM ATUAR JUNTO À COMUNIDADE	13,5
FÁCIL DE SER EXERCIDA POR MULHERES	0,8
MAIOR REALIZAÇÃO PESSOAL E PROFISSIONAL	24,5
MELHOR POSIÇÃO SOCIAL	2,9
COMPENSAÇÃO FINANCEIRA	6,8
MERCADO DE TRABALHO GRANDE E DIVERSIFICADO	13,5
OPORTUNIDADE DE PESQUISAR	3,4
TOTAL DE ALUNOS	145

QUESTÃO 16									
VERDADEIRO	32,7	25,0	29,3	17,6	10,3	13,0	29,2	19,2	24,1
FALSO	49,1	59,1	53,5	41,2	58,6	52,2	47,2	58,9	53,1
SEM OPINIÃO	18,2	15,9	17,2	41,2	31,0	34,8	23,6	21,9	22,8
QUESTÃO 17									
CONCORDO	65,5	75,0	69,7	70,6	51,7	58,7	66,7	65,8	66,2
CONCORDO EM PARTE	30,9	18,2	25,3	29,4	34,5	32,6	30,6	24,7	27,6
DISCORDO EM PARTE	1,8	2,3	2,0	0,0	3,4	2,2	1,4	2,7	2,1
DISCORDO	1,8	4,5	3,0	0,0	6,9	4,3	1,4	5,5	3,4
SEM OPINIÃO	0,0	0,0	0,0	0,0	3,4	2,2	0,0	1,4	0,7
QUESTÃO 18									
CONCORDO	36,4	40,9	38,4	17,6	17,2	17,4	31,9	31,5	31,7
CONCORDO EM PARTE	18,2	18,2	18,2	47,1	20,7	30,4	25,0	19,2	22,1
DISCORDO EM PARTE	5,5	11,4	8,1	29,4	17,2	21,7	11,1	13,7	12,4
DISCORDO	9,1	6,8	8,1	5,9	37,9	26,1	8,3	19,2	13,8
SEM OPINIÃO	30,9	22,7	27,3	0,0	6,9	4,3	23,6	16,4	20,0
QUESTÃO 19									
CONCORDO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
CONCORDO EM PARTE	7,3	0,0	4,0	11,8	3,4	6,5	8,3	1,4	4,8
DISCORDO EM PARTE	14,5	20,5	17,2	11,8	17,2	19,6	16,7	19,2	17,9
DISCORDO	76,4	77,3	76,8	64,7	65,5	65,2	73,6	72,6	73,1
SEM OPINIÃO	1,8	2,3	2,0	11,8	13,8	8,7	1,4	6,8	4,1
QUESTÃO 20									
CONCORDO	25,5	22,7	24,2	29,4	24,1	26,1	26,4	23,3	24,8
CONCORDO EM PARTE	34,5	25,0	30,3	35,3	31,0	32,6	34,7	27,4	31,0
DISCORDO EM PARTE	18,2	27,3	22,2	17,6	10,3	13,0	18,1	20,5	19,3
DISCORDO	18,2	18,2	18,2	11,8	20,7	17,4	16,7	19,2	17,9
SEM OPINIÃO	3,6	6,8	5,1	5,9	13,8	10,9	4,2	9,6	6,9
QUESTÃO 21									
CONCORDO	10,9	2,3	7,1	5,9	0,0	2,2	9,7	1,4	5,5
CONCORDO EM PARTE	7,3	6,8	7,1	29,4	20,7	23,9	12,5	12,3	12,4
DISCORDO EM PARTE	23,6	22,7	23,2	41,2	17,2	26,1	27,8	20,5	24,1
DISCORDO	50,9	59,1	54,5	11,8	44,8	32,6	41,7	53,4	47,6
SEM OPINIÃO	7,3	9,1	8,1	11,8	17,2	15,2	8,3	12,3	10,3
QUESTÃO 22									
VERDADEIRO	12,7	15,9	14,1	0,0	3,4	2,2	9,7	11,0	10,3
FALSO	69,1	77,3	72,7	100,0	89,7	93,5	76,4	82,2	79,3
SEM OPINIÃO	18,2	6,8	13,1	0,0	6,9	4,3	13,9	6,8	10,3
QUESTÃO 23									
VERDADEIRO	34,5	47,7	40,4	23,5	20,7	21,7	31,9	37,0	34,5
FALSO	25,5	20,5	23,2	47,1	51,7	50,0	30,6	32,9	31,7
SEM OPINIÃO	40,0	31,8	36,4	29,4	27,6	28,3	37,5	30,1	33,8
QUESTÃO 24									
CONCORDO	16,4	15,9	16,2	23,5	13,8	17,4	18,1	15,1	16,6
CONCORDO EM PARTE	61,8	50,0	56,6	47,1	55,2	52,2	58,3	52,1	55,2
DISCORDO EM PARTE	18,2	27,3	22,2	5,9	10,3	10,9	15,3	20,5	17,9
DISCORDO	3,6	4,5	4,0	17,6	13,8	15,2	6,9	8,2	7,6
SEM OPINIÃO	0,0	2,3	1,0	5,9	6,9	4,3	1,4	4,1	2,8
QUESTÃO 25									
CONCORDO	10,9	11,4	11,1	11,8	0,0	4,3	11,1	6,8	9,0
CONCORDO EM PARTE	20,0	20,5	20,2	58,8	41,4	47,8	29,2	28,8	29,0
DISCORDO EM PARTE	18,2	25,0	21,2	11,8	24,1	19,6	16,7	24,7	20,7
DISCORDO	9,1	4,5	7,1	5,9	10,3	8,7	8,3	6,8	7,6
SEM OPINIÃO	41,8	38,6	40,4	11,8	24,1	19,6	34,7	32,9	33,8

continua.....									
QUESTÃO 26									
CONCORDO	5,5	6,8	6,1	11,8	0,0	4,3	6,9	4,1	5,5
CONCORDO EM PARTE	23,6	11,4	18,2	29,4	24,1	26,1	25,0	16,4	20,7
DISCORDO EM PARTE	27,3	29,5	28,3	17,6	34,5	28,3	25,0	31,5	28,3
DISCORDO	40,0	52,3	45,5	29,4	17,2	21,7	37,5	38,4	37,9
SEM OPINIÃO	3,6	0,0	2,0	11,8	24,1	19,6	5,5	9,6	7,6
TOTAL DE ALUNOS	55	44	99	17	29	46	72	73	145

TABELA 5.8 - FREQUÊNCIA PERCENTUAL DAS RESPOSTAS RELATIVAS AO MERCADO DE TRABALHO. UFG, 1996

CRITÉRIOS	%
CONCORDO	21,5
CONCORDO EM PARTE	24,9
DISCORDO EM PARTE	13,0
DISCORDO	28,5
SEM OPINIÃO	12,1
TOTAL DE ALUNOS	145

TABELA 5.9 - DISTRIBUIÇÃO DOS ALUNOS DE ACORDO COM A ADERÊNCIA À REPRESENTAÇÃO SOCIAL SOBRE O MERCADO DE TRABALHO, POR CURSO, SÉRIE E SEXO. UFG, 1996.

CURSO SÉRIE SEXO INTERVALOS	MEDICINA						ODONTOLOGIA					
	1		2		3		1		2		3	
	mas.	fem.	mas.	fem.	mas.	fem.	mas.	fem.	mas.	fem.	mas.	fem.
0 - 13 Pontos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	10,0	0,0	0,0
14 - 26 Pontos	35,0	21,4	11,5	27,3	11,1	25,0	16,7	41,7	12,5	30,0	0,0	28,6
27 - 39 Pontos	65,0	64,3	84,6	72,7	77,8	75,0	66,7	58,3	87,5	50,0	100,0	71,4
40 - 52 Pontos	0,0	14,3	3,8	0,0	11,1	0,0	16,7	0,0	0,0	10,0	0,0	0,0
Total de alunos	20	14	26	22	9	8	6	12	8	10	3	7

TABELA 5.10 - ADERÊNCIA DOS ALUNOS À REPRESENTAÇÃO SOCIAL SOBRE O MERCADO DE TRABALHO, POR CURSO E SEXO. UFG, 1996.

CURSO SEXO INTERVALOS	MEDICINA			ODONTOLOGIA			GERAL		
	MAS.	FEM.	Total	MAS.	FEM.	Total	MAS.	FEM.	Total
0 - 13 Pontos	0,0	0,0	0,0	0,0	3,4	2,2	0,0	1,4	0,7
14 - 26 Pontos	20,0	25,0	22,2	11,8	34,5	26,1	18,1	28,8	23,4
27 - 39 Pontos	76,4	70,5	73,7	82,4	58,6	67,4	77,8	65,8	71,7
40 - 52 Pontos	3,6	4,5	4,0	5,9	3,4	4,3	4,2	4,1	4,1
Total de alunos	55	44	99	17	29	46	72	73	145

TABELA 5.11 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS RESPOSTAS ACERCA DO CONCEITO DE PROFISSÃO LIBERAL. UFG, 1996.

CRITÉRIOS	%
CONCORDO	18,7
CONCORDO EM PARTE	21,7
DISCORDO EM PARTE	11,4
DISCORDO PLENAMENTE	33,0
SEM OPINIÃO	17,2
TOTAL DE ALUNOS	145

TABELA 5.12 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS RESPOSTAS ACERCA DO CONCEITO DE PROFISSÃO LIBERAL POR CURSO E SEXO. UFG, 1996

CURSO	MEDICINA			ODONTOLOGIA			GERAL		
	MAS.	FEM.	TOTAL	MAS.	FEM.	TOTAL	MAS.	FEM.	TOTAL
SEXO									
CONCORDO	18,7	20,9	19,7	17,6	11,0	13,5	18,5	17,0	18,6
CONCORDO EM PARTE	21,5	17,7	19,8	27,6	22,4	24,3	22,9	19,6	21,9
DISCORDO EM PARTE	8,2	12,3	10,0	12,9	12,4	12,6	9,3	12,3	11,4
DISCORDO	29,6	31,4	30,4	28,8	39,3	35,4	29,4	34,5	32,9
SEM OPINIÃO	22,0	17,7	20,1	12,9	14,8	14,1	19,9	16,6	15,2
TOTAL	55	44	99	17	29	46	72	73	145

TABELA 5.13 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS RESPOSTAS ACERCA DO CONCEITO DE PROFISSÃO LIBERAL POR CURSO, SÉRIE E SEXO. UFG, 1996.

CURSO	MEDICINA						ODONTOLOGIA					
	1		2		3		1		2		3	
	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.
SEXO												
CONCORDO	18,0	26,4	20,4	20,5	24,4	20,0	20,0	10,0	16,3	14,0	16,7	8,6
CONCORDO EM PARTE	16,5	20,0	25,0	15,9	27,8	21,3	23,3	22,5	28,8	22,0	33,3	22,9
DISCORDO EM PARTE	8,5	7,1	10,0	16,4	8,9	12,5	10,0	8,3	16,3	13,0	10,0	18,6
DISCORDO	30,0	32,1	31,5	32,7	32,2	35,0	25,0	46,7	33,8	33,0	23,3	35,7
SEM OPINIÃO	27,0	14,3	13,1	14,5	6,7	11,3	21,7	12,5	5,0	18,0	16,7	14,3
TOTAL DE ALUNOS	20	14	26	22	9	8	6	12	8	10	3	7

QUESTÃO 25	0,0		7,1		7,7		0,0		22,2		0,0		0,0		16,7		12,5		0,0		0,0		14,3	
DISCORDO	0,0	7,1	7,7	0,0	22,2	0,0	0,0	16,7	12,5	0,0	0,0	14,3												
DISCORDO EM PARTE	10,0	21,4	19,2	13,6	11,1	25,0	0,0	25,0	25,0	20,0	0,0	28,6												
CONCORDO EM PARTE	15,0	21,4	19,2	18,2	22,2	25,0	33,3	41,7	62,5	40,0	100,0	42,9												
CONCORDO	5,0	7,1	0,0	9,1	22,2	0,0	33,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0												
SÊM OPINIÃO	70,0	42,9	53,8	59,1	22,2	50,0	33,3	16,7	0,0	40,0	0,0	14,3												
ALUNOS	20	14	26	22	9	8	6	12	8	10	3	7												

Observação: esta tabela não obedece a ordem das demais, ou seja, inicia-se pelo critério discordar plenamente, ao passo que, as outras iniciam pelo critério concordar plenamente.

TABELA 5.15 - ADERÊNCIA DOS ALUNOS À REPRESENTAÇÃO SOCIAL ACERCA DO CONCEITO DE PROFISSÃO LIBERAL POR CURSO E SEXO. UFG, 1996

CURSO	MEDICINA			ODONTOLOGIA			GERAL		
	mas.	fem.	total	mas.	fem.	total	mas.	fem.	total
SEXO									
INTERVALO									
0 - 10 pontos	5,5	4,5	5,1	0,0	6,9	4,3	4,2	5,5	4,8
11 - 20 pontos	49,1	45,5	47,5	47,1	72,4	63,0	48,6	56,2	52,4
21 - 30 pontos	45,5	50,0	47,5	52,9	20,7	32,6	47,2	38,4	42,8
31 - 40 pontos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total de alunos	55	44	99	17	29	46	72	73	145

TABELA 5.16 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS RESPOSTAS RELATIVAS AO CONCEITO DE PRESTÍGIO PROFISSIONAL POR CURSO, SÉRIE, SEXO E GERAL. UFG, 1996.

CURSO	MEDICINA						ODONTOLOGIA						Geral
	1		2		3		1		2		3		
SÉRIE	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.	
SEXO													
CONCORDO	23,8	25,0	10,6	13,6	13,9	6,25	20,8	4,17	21,9	7,5	33,3	10,7	15,0
CONCORDO EM PARTE	31,3	35,7	45,2	26,1	36,1	37,5	37,5	43,8	43,8	32,5	50	35,7	36,7
DISCORDO EM PARTE	15,0	8,9	17,3	30,7	27,8	31,3	12,5	22,9	12,5	30,0	0,0	21,4	20,3
DISCORDO	11,3	19,6	18,3	18,2	16,7	12,5	4,2	16,7	21,9	10,0	16,7	14,3	15,7
OPINIÃO FORMADA	19,0	10,7	8,7	11,4	5,6	12,5	25,0	12,5	0,0	20,0	0,0	17,9	12,2
TOTAL DE ALUNOS	20	14	26	22	9	8	6	12	8	10	3	7	145

TABELA 5.17 - ADERÊNCIA DOS ALUNOS À REPRESENTAÇÃO SOCIAL ACERCA DO PRESTÍGIO PROFISSIONAL POR CURSO, SÉRIE E SEXO. UFG, 1996.

CURSO	MEDICINA						ODONTOLOGIA					
	1		2		3		1		2		3	
	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.
0 - 4 Pontos	5,0	7,1	3,8	0,0	0,0	0,0	0,0	8,3	0,0	10,0	0,0	0,0
5 - 8 Pontos	15,0	35,7	42,3	22,7	44,4	62,5	66,7	58,3	37,5	20,0	33,3	28,6
9 - 12 Pontos	75,0	42,9	46,2	72,7	44,4	37,5	33,3	25,0	62,5	40,0	66,7	42,9
13 -16 Pontos	5,0	14,3	7,7	4,5	11,1	0,0	0,0	8,3	0,0	20,0	0,0	28,6
Total de alunos	20	14	26	22	9	8	6	12	8	10	3	7

TABELA 5.18 - ADERÊNCIA DOS ALUNOS À REPRESENTAÇÃO SOCIAL ACERCA DO PRESTÍGIO PROFISSIONAL POR CURSO E SEXO. UFG, 1996.

CURSO	MEDICINA			ODONTOLOGIA			GERAL		
	MAS.	FEM.	Total	MAS.	FEM.	Total	MAS.	FEM.	Total
0 - 4 Pontos	3,6	0,0	2,0	0,0	13,8	8,7	2,8	5,5	4,1
5 - 8 Pontos	34,5	43,2	38,4	29,4	31,0	30,4	33,3	38,4	35,9
9 - 12 Pontos	54,5	50,0	52,5	47,1	51,7	50,0	52,8	50,7	51,7
13 -16 Pontos	7,3	6,8	7,1	23,5	3,4	10,9	11,1	5,5	8,3
Total de alunos	55	44	99	17	29	46	72	73	145

TABELA 5.19 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL, POR QUESTÃO, ACERCA DO CONCEITO DE PRESTÍGIO PROFISSIONAL, POR CURSO, SÉRIE E SEXO. UFG, 1996.

CURSO	MEDICINA						ODONTOLOGIA					
	1		2		3		1		2		3	
	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.
QUESTÃO 14												
CONCORDO	45,0	42,9	23,1	31,8	22,2	0,0	33,3	0,0	50,0	20,0	66,7	28,6
CONCORDO EM PARTE	40,0	50,0	61,5	27,3	55,6	75,0	50,0	50,0	25,0	20,0	33,3	14,3
DISCORDO EM PARTE	0,0	0,0	3,8	27,3	22,2	25,0	0,0	16,7	12,5	40,0	0,0	42,9
DISCORDO	10,0	0,0	11,5	13,6	0,0	0,0	0,0	16,7	12,5	10,0	0,0	14,3
SEM OPINIÃO	5,0	7,1	0,0	0,0	0,0	0,0	16,7	16,7	0,0	10,0	0,0	0,0
QUESTÃO 24												
CONCORDO	35,0	42,9	3,8	0,0	11,1	12,5	16,7	16,7	12,5	10,0	66,7	14,3
CONCORDO EM PARTE	45,0	57,1	76,9	54,5	33,3	25,0	50,0	58,3	50,0	40,0	33,3	71,4
DISCORDO EM PARTE	15,0	0,0	19,2	36,4	44,4	50,0	16,7	8,3	0,0	20,0	0,0	0,0
DISCORDO	5,0	0,0	0,0	4,5	11,1	12,5	0	16,7	37,5	20,0	0,0	0
SEM OPINIÃO	0,0	0,0	0,0	4,5	0,0	0,0	16,7	0,0	0,0	10,0	0,0	14,3

QUESTÃO 25													
CONCORDO	5,0	14,3	11,5	13,6	22,2	0,0	33,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
CONCORDO EM PARTE	20,0	21,4	19,2	18,2	22,2	25,0	33,3	41,7	62,5	40,0	100,0	42,9	
DISCORDO EM PARTE	10,0	21,4	26,9	27,3	11,1	25,0	0,0	25,0	25,0	20,0	0,0	28,6	
DISCORDO	0,0	7,1	11,5	4,5	22,2	0,0	0,0	16,7	12,5	0,0	0,0	14,3	
SEM OPINIÃO	65,0	35,7	30,8	36,4	22,2	50,0	33,3	16,7	0,0	40,0	0,0	14,3	
QUESTÃO 26													
CONCORDO	10,0	0,0	3,8	9,1	0,0	12,5	0,0	0,0	25,0	0,0	0,0	0,0	
CONCORDO EM PARTE	20,0	14,3	23,1	4,5	33,3	25,0	16,7	25,0	37,5	30,0	33,3	14,3	
DISCORDO	35,0	14,3	19,2	31,8	33,3	25,0	33,3	41,7	12,5	40,0	0,0	14,3	
DISCORDO	30,0	71,4	50,0	50,0	33,3	37,5	16,7	16,7	25,0	10,0	66,7	28,6	
SEM OPINIÃO	5,0	0,0	3,8	4,5	0,0	0,0	33,3	16,7	0,0	20,0	0,0	42,9	
TOTAL DE ALUNOS	20	14	26	22	9	8	6	12	8	10	3	7	

TABELA 5.20 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DO CONCEITO DE AUTONOMIA PROFISSIONAL POR CURSO, SÉRIE E SEXO. UFG, 1996

CURSO	MEDICINA						ODONTOLOGIA						Geral
	1		2		3		1		2		3		
SÉRIE													
SEXO	MAS	FEM.	MAS	FEM.	MAS	FEM.	MAS	FEM.	MAS	FEM.	MAS	FEM.	
CONCORDO	20,5	27,1	20,4	20,0	26,7	20,0	20,0	10,8	18,8	13,0	20,0	14,3	19,7
CONCORDO EM PARTE	17,0	17,1	20,8	11,8	15,6	10,0	23,3	21,7	25,0	18,0	23,3	24,3	18,1
DISCORDO EM PARTE	10,5	7,86	12,7	20,0	14,4	16,3	10,0	11,7	13,8	12,0	10,0	11,4	13,0
DISCORDO PLENAMENTE	31,0	38,6	35,4	36,4	38,9	40,0	26,7	43,3	37,5	36,0	33,3	30,0	35,9
SEM OPINIÃO	21,0	9,3	10,8	11,8	4,4	13,8	20,0	12,5	5,0	21,0	13,3	20,0	13,4
TOTAL DE ALUNOS	20	14	26	22	9	8	6	12	8	10	3	7	145

TABELA 5.21- DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL ,POR QUESTÃO, ACERCA DO CONCEITO DE AUTONOMIA PROFISSIONAL POR CURSO, SÉRIE E SEXO. UFG, 1996.

CURSO	MEDICINA						ODONTOLOGIA					
	1		2		3		1		2		3	
	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.
QUESTÃO 16												
VERDADEIRO	30,0	28,6	30,8	22,7	44,4	25,0	16,7	0,0	25,0	20,0	0,0	14,3
FALSO	45,0	57,1	50,0	59,1	55,6	62,5	33,3	75,0	50,0	40,0	33,3	42,9
SEM OPINIÃO	25,0	14,3	19,2	18,2	0,0	12,5	50,0	25,0	25,0	40,0	66,7	42,9
QUESTÃO 17												
CONCORDO	60	71,4	65,4	72,7	77,8	87,5	33,3	50,0	87,5	60,0	100,0	42,9
CONCORDO EM PARTE	40,0	28,6	30,8	13,6	11,1	12,5	66,7	33,3	12,5	20,0	0,0	57,1
DISCORDO EM PARTE	0,0	0,0	0,0	4,5	11,1	0,0	0,0	8,3	0,0	0,0	0,0	0,0
DISCORDO	0,0	0,0	3,85	9,09	0,0	0,0	0,0	8,3	0,0	10,0	0,0	0,0
SEM OPINIÃO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	10,0
QUESTÃO 19												
CONCORDO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
CONCORDO EM PARTE	5,0	0,0	3,8	0,0	22,2	0,0	0,0	0,0	12,5	10,0	33,3	0,0
DISCORDO EM PARTE	10,0	14,3	15,4	22,7	22,2	25	16,7	8,3	25,0	10,0	33,3	42,9
DISCORDO	85,0	85,7	76,9	72,7	55,6	75,0	83,3	83,3	62,5	60,0	33,3	42,9
SEM OPINIÃO	0,0	0,0	3,8	4,5	0,0	0,0	0,0	8,3	0,0	20,0	0,0	14,3
QUESTÃO 20												
CONCORDO	25,0	28,6	23,1	22,7	33,3	12,5	66,7	8,3	12,5	30,0	0,0	42,9
CONCORDO EM PARTE	30,0	35,7	42,3	22,7	22,2	12,5	16,7	33,3	50,0	10,0	33,3	57,1
DISCORDO EM PARTE	15,0	14,3	19,2	36,4	22,2	25,0	16,7	16,7	12,5	10,0	33,3	0,0
DISCORDO	20,0	21,4	15,4	13,6	22,2	25,0	0,0	16,7	12,5	40,0	33,3	0,0
SEM OPINIÃO	10,0	0,0	0,0	4,5	0,0	25,0	0,0	25,0	12,5	10,0	0,0	0,0

CONTINUA.....

	1						2						3					
QUESTÃO 21	1						2						3					
CONCORDO	15,0	0,0	7,7	4,5	11,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	33,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	33,3	0,0
CONCORDO EM PARTE	10,0	14,3	7,7	4,5	0,0	0,0	50,0	25,0	25,0	30,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
DISCORDO EM PARTE	20,0	7,1	30,8	36,4	11,1	12,5	16,7	8,3	62,5	20,0	33,3	28,6	16,7	8,3	62,5	20,0	33,3	28,6
DISCORDO	40,0	64,3	50,0	50,0	77,8	75,0	0,0	58,3	12,5	30,0	33,3	42,9	0,0	58,3	12,5	30,0	33,3	42,9
SEM OPINIÃO	15,0	14,3	3,8	4,5	0,0	12,5	33,3	8,3	0,0	20,0	0,0	28,6	33,3	8,3	0,0	20,0	0,0	28,6
QUESTÃO 22	1						2						3					
VERDADEIRO	10,0	28,6	15,4	9,1	11,1	12,5	0,0	8,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	8,3	0,0	0,0	0,0	0,0
FALSO	70,0	64,3	65,4	81,8	77,8	87,5	100,0	91,7	100,0	90,0	100,0	85,7	100,0	91,7	100,0	90,0	100,0	85,7
SEM OPINIÃO	20,0	7,1	19,2	9,1	11,1	0,0	0,0	0,0	0,0	10,0	0,0	14,3	0,0	0,0	0,0	10,0	0,0	14,3
QUESTÃO 23	1						2						3					
VERDADEIRO	15,0	57,1	42,3	45,5	55,6	37,5	33,3	25,0	25,0	10,0	0,0	28,6	33,3	25,0	25,0	10,0	0,0	28,6
FALSO	15,0	21,4	30,8	18,2	33,3	25,0	33,3	50,0	62,5	60,0	33,3	42,9	33,3	50,0	62,5	60,0	33,3	42,9
SEM OPINIÃO	70,0	21,4	26,9	36,4	11,1	37,5	33,3	25,0	12,5	30,0	66,7	28,6	33,3	25,0	12,5	30,0	66,7	28,6
QUESTÃO 24	1						2						3					
CONCORDO	35,0	42,9	3,8	0,0	11,1	12,5	16,7	16,7	12,5	10,0	66,7	14,3	16,7	16,7	12,5	10,0	66,7	14,3
CONCORDO EM PARTE	45,0	57,1	80,8	54,5	44,4	25,0	50,0	58,3	50,0	40,0	33,3	71,4	50,0	58,3	50,0	40,0	33,3	71,4
DISCORDO EM PARTE	15,0	0,0	15,4	36,4	33,3	50,0	16,7	8,3	0,0	20,0	0,0	0,0	16,7	8,3	0,0	20,0	0,0	0,0
DISCORDO	5,0	0,0	0,0	4,5	11,1	12,5	0,0	16,7	37,5	20,0	0,0	0,0	0,0	16,7	37,5	20,0	0,0	0,0
SEM OPINIÃO	0,0	0,0	0,0	4,5	0,0	0,0	16,7	0,0	0,0	10,0	0,0	14,3	16,7	0,0	0,0	10,0	0,0	14,3
QUESTÃO 25	1						2						3					
CONCORDO	5,0	14,3	11,5	13,6	22,2	0,0	33,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	33,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
CONCORDO EM PARTE	20,0	21,4	19,2	18,2	22,2	25,0	33,3	41,7	62,5	40,0	100,0	42,9	33,3	41,7	62,5	40,0	100,0	42,9
DISCORDO EM PARTE	10,0	21,4	26,9	27,3	11,1	25,0	0,0	25,0	25,0	20,0	0,0	28,6	0,0	25,0	25,0	20,0	0,0	28,6
DISCORDO	0,0	7,1	11,5	4,5	22,2	0,0	0,0	16,7	12,5	0,0	0,0	14,3	0,0	16,7	12,5	0,0	0,0	14,3
SEM OPINIÃO	65,0	35,7	30,8	36,4	22,2	50,0	33,3	16,7	0,0	40,0	0,0	14,3	33,3	16,7	0,0	40,0	0,0	14,3
QUESTÃO 26	1						2						3					
CONCORDO	10,0	0,0	3,8	9,1	0,0	12,5	0,0	0,0	25,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	25,0	0,0	0,0	0,0
CONCORDO EM PARTE	20,0	14,3	23,1	4,5	33,3	25,0	16,7	25,0	37,5	30,0	33,3	14,3	16,7	25,0	37,5	30,0	33,3	14,3
DISCORDO EM PARTE	35,0	21,4	19,2	36,4	33,3	25,0	33,3	41,7	12,5	40,0	0,0	14,3	33,3	41,7	12,5	40,0	0,0	14,3
DISCORDO	30,0	64,3	50,0	50,0	33,3	37,5	16,7	16,7	25,0	10,0	66,7	28,6	16,7	16,7	25,0	10,0	66,7	28,6
SEM OPINIÃO	5,0	0,0	3,8	0,0	0,0	0,0	33,3	16,7	0,0	20,0	0,0	42,9	33,3	16,7	0,0	20,0	0,0	42,9
TOTAL DE ALUNOS	20	14	26	22	9	8	6	12	8	10	3	7	6	12	8	10	3	7

TABELA 5.22 - ADERÊNCIA DOS ALUNOS À REPRESENTAÇÃO SOCIAL ACERCA DO CONCEITO DE AUTONOMIA PROFISSIONAL POR CURSO E SEXO. UFG, 1996.

CURSO SEXO INTERVALO	MEDICINA			ODONTOLOGIA			GERAL		
	MAS.	FEM.	Total	MAS.	FEM.	Total	MAS.	FEM.	Total
0 - 10 Pontos	0,0	0,0	0,0	0,0	10,3	6,5	0,0	4,1	2,1
11 - 20 Pontos	52,7	54,5	53,5	47,1	58,6	54,3	51,4	56,2	53,8
21 - 30 Pontos	47,3	45,5	46,5	52,9	31,0	39,1	48,6	39,7	44,1
31 - 40 Pontos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total de alunos	55	44	99	17	29	46	72	73	145

TABELA 5.23 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL ACERCA DA INTENÇÃO DOS ALUNOS DE SE ESPECIALIZAREM APÓS A GRADUAÇÃO POR CURSO, SÉRIE E SEXO. UFG, 1996.

CURSO SÉRIE SEXO SIM já definiu ainda não definiu NÃO TOTAL DE ALUNOS	MEDICINA						ODONTOLOGIA						Geral
	1		2		3		1		2		3		
	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.	
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	87,5	100,0	100,0	85,7	98,6
	25,0	21,4	69,2	40,9	88,9	87,5	50,0	25,0	37,5	50,0	100,0	57,1	49,0
	75,0	78,6	30,8	59,1	11,1	12,5	50,0	75,0	50,0	50,0	0,0	28,6	49,7
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	12,5	0,0	0,0	14,3	1,4
	20	14	26	22	9	8	6	12	8	10	3	7	145

TABELA 5.24 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS RESPOSTAS ACERCA DA ESPECIALIZAÇÃO POR CURSO, SÉRIE E SEXO. UFG, 1996.

CURSO SÉRIE SEXO SOBRE A ESPECIALIZAÇÃO	MEDICINA						ODONTOLOGIA					
	1		2		3		1		2		3	
	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.
CONCORDO	22,0	31,4	21,5	23,6	37,8	23,8	23,3	23,3	26,3	22,0	26,7	18,6
CONCORDO EM PARTE	26,5	26,4	26,2	25,0	16,7	28,8	21,7	20,8	27,5	24,0	30,0	37,1
DISCORDO EM PARTE	14,0	7,1	16,2	12,7	7,8	10,0	8,3	10,8	15,0	15,0	13,3	14,3
DISCORDO	4,0	10,0	11,2	12,3	11,1	10,0	8,3	8,3	10,0	12,0	6,7	11,4
SEM OPINIÃO	33,5	25,0	25,0	26,4	26,7	27,5	38,3	36,7	21,3	27,0	23,3	18,6
TOTAL DE ALUNOS	20	14	26	22	9	8	6	12	8	10	3	7

TABELA 5.25 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL, POR QUESTÃO, ACERCA DA ESPECIALIZAÇÃO NA ÁREA MÉDICA POR CURSO, SÉRIE E SEXO. UFG, 1996.

CURSO	MÉDICA						ODONTOLOGIA					
	1		2		3		1		2		3	
	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.
QUESTÃO 33												
CONCORDO	50,0	71,4	38,5	27,3	33,3	25,0	50,0	50,0	75,0	30,0	66,7	42,9
CONCORDO EM PARTE	30,0	21,4	46,2	50,0	55,6	37,5	33,3	33,3	12,5	50,0	33,3	42,9
DISCORDO EM PARTE	15,0	7,1	7,69	4,5	11,1	12,5	0,0	0,0	0,0	10,0	0,0	0,0
DISCORDO	0,0	0,0	7,7	13,6	0,0	0,0	16,7	0,0	12,5	10,0	0,0	14,3
SEM OPINIÃO	5,0	0,0	0,0	4,5	0,0	25,0	0,0	16,7	0,0	0,0	0,0	0,0
QUESTÃO 34												
CONCORDO	0,0	0,0	3,8	9,1	11,1	0,0	0,0	0,0	12,5	0,0	0,0	0,0
CONCORDO EM PARTE	5,0	14,3	7,7	9,1	11,1	0,0	0,0	16,7	12,5	30,0	0,0	28,6
DISCORDO EM PARTE	10,0	21,4	19,2	27,3	0,0	25,0	16,7	8,3	37,5	0,0	33,3	14,3
DISCORDO	15,0	28,6	26,9	9,1	22,2	25,0	16,7	8,3	25,0	30,0	33,3	14,3
SEM OPINIÃO	70,0	35,7	42,3	45,5	55,6	50,0	66,7	66,7	12,5	40,0	33,3	42,9
QUESTÃO 35												
CONCORDO	15,0	14,3	23,1	27,3	66,7	25,0	33,3	25,0	37,5	10,0	33,3	28,6
CONCORDO EM PARTE	40,0	50,0	38,5	31,8	0,0	37,5	33,3	0,0	37,5	20,0	33,3	28,6
DISCORDO EM PARTE	30,0	14,3	19,2	13,6	0,0	0,0	0,0	25,0	12,5	50,0	33,3	28,6
DISCORDO	5,0	14,3	19,2	27,3	33,3	0,0	16,7	25,0	12,5	20,0	0,0	14,3
SEM OPINIÃO	10,0	7,1	0,0	0,0	0,0	37,5	16,7	25,0	0,0	0,0	0,0	0,0
QUESTÃO 36												
CONCORDO	45,0	57,1	50,0	54,5	100,0	62,5	50,0	33,3	50,0	20,0	0,0	42,9
CONCORDO EM PARTE	30,0	28,6	26,9	27,3	0,0	37,5	50,0	41,7	37,5	30,0	100,0	42,9
DISCORDO EM PARTE	15,0	7,1	11,5	13,6	0,0	0,0	0,0	8,3	12,5	30,0	0,0	0,0
DISCORDO	5,0	7,1	11,5	0,0	0,0	0,0	0,0	8,3	0,0	20,0	0,0	0,0
SEM OPINIÃO	5,0	0,0	0,0	4,5	0,0	0,0	0,0	8,3	0,0	0,0	0,0	14,3
QUESTÃO 37												
CONCORDO	40,0	57,1	50,0	63,6	77,8	62,5	16,7	25,0	37,5	60,0	66,7	57,1
CONCORDO EM PARTE	45,0	21,4	30,8	27,3	11,1	37,5	16,7	25,0	50,0	0,0	33,3	42,9
DISCORDO EM PARTE	15,0	0,0	15,4	4,5	11,1	0,0	16,7	41,7	12,5	10,0	0,0	0,0
DISCORDO	0,0	14,3	3,8	4,5	0,0	0,0	16,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
SEM OPINIÃO	0,0	7,1	0,0	0,0	0,0	0,0	33,3	8,3	0,0	30,0	0,0	0,0

CONTINUA.....

QUESTÃO 38	1						2						3					
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
CONCORDO	10,0	28,6	19,2	13,6	33,3	25,0	0,0	25,0	12,5	0,0	0,0	0,0	0,0	25,0	12,5	0,0	0,0	0,0
CONCORDO EM PARTE	60,0	64,3	46,2	27,3	22,2	37,5	33,3	25,0	62,5	10,0	66,7	28,6	33,3	25,0	62,5	10,0	66,7	28,6
DISCORDO EM PARTE	20,0	0,0	19,2	27,3	11,1	25,0	33,3	16,7	12,5	10,0	33,3	28,6	33,3	16,7	12,5	10,0	33,3	28,6
DISCORDO	0,0	7,1	7,7	22,7	22,2	12,5	16,7	25,0	12,5	10,0	0,0	14,3	16,7	25,0	12,5	10,0	0,0	14,3
SEM OPINIÃO	10,0	0,0	7,7	9,1	11,1	0,0	16,7	8,3	0,0	70,0	0,0	28,6	16,7	8,3	0,0	70,0	0,0	28,6
QUESTÃO 39																		
CONCORDO	50,0	71,4	19,2	22,7	33,3	37,5	50,0	50,0	37,5	30,0	100,0	14,3	50,0	50,0	37,5	30,0	100,0	14,3
CONCORDO EM PARTE	40,0	28,6	53,8	63,6	33,3	37,5	33,3	41,7	37,5	50,0	0,0	85,7	33,3	41,7	37,5	50,0	0,0	85,7
DISCORDO EM PARTE	5,0	0,0	19,2	4,5	22,2	25,0	0,0	0,0	25,0	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	25,0	10,0	0,0	0,0
DISCORDO	0,0	0,0	7,7	9,1	11,1	0,0	0,0	0,0	0,0	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	10,0	0,0	0,0
SEM OPINIÃO	5,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	16,7	8,3	0,0	0,0	0,0	0,0	16,7	8,3	0,0	0,0	0,0	0,0
QUESTÃO 40																		
CONCORDO	10,0	14,3	11,5	18,2	22,2	0,0	33,3	25,0	0,0	10,0	0,0	0,0	33,3	25,0	0,0	10,0	0,0	0,0
CONCORDO EM PARTE	15,0	35,7	11,5	13,6	33,3	62,5	16,7	25,0	25,0	20,0	33,3	28,6	16,7	25,0	25,0	20,0	33,3	28,6
DISCORDO EM PARTE	30,0	21,4	50,0	31,8	22,2	12,5	16,7	8,3	37,5	40,0	33,3	14,3	16,7	8,3	37,5	40,0	33,3	14,3
DISCORDO	15,0	28,6	26,9	36,4	22,2	25,0	0,0	8,3	37,5	30,0	33,3	57,1	0,0	8,3	37,5	30,0	33,3	57,1
SEM OPINIÃO	30,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	33,3	33,3	0,0	0,0	0,0	0,0	33,3	33,3	0,0	0,0	0,0	0,0
TOTAL DE ALUNOS	20	14	26	22	9	8	6	12	8	10	3	7	6	12	8	10	3	7

TABELA 5.26 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS ESPECIALIDADES ESCOLHIDAS, CLASSIFICANDO-AS EM CLÍNICAS, CIRÚRGICAS E COMPLEMENTARES POR CURSO E SEXO UFG, 1996

CURSO SEXO	MEDICINA			ODONTOLOGIA		
	MAS.	FEM.	TOTAL	MAS.	FEM.	TOTAL
ESPECIALIDADES CLÍNICAS	25,8	73,7	44,0	22,2	50,0	38,1
ESPECIALIDADES CIRÚRGICAS	64,5	15,8	46,0	44,4	16,7	28,6
ESPECIALIDADES COMPLEMENTARES	0,0	5,3	2,0	0,0	0,0	0,0
NÃO RESPONDEU	9,7	5,3	8	33,3	8,3	19,0
CITA MAIS DE UMA	3,2	0,0	2,0	0,0	25,0	14,3
TOTAL DE ALUNOS	31	19	50	9	12	21

TABELA 5.27 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL, POR QUESTÃO, ACERCA DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL SOBRE ESPECIALIZAÇÃO NA ÁREA MÉDICA POR CURSO E SEXO. UFG, 1996.

CURSO SEXO	MEDICINA			ODONTOLOGIA			GERAL		
	MAS.	FEM.	Total	MAS.	FEM.	Total	MAS.	FEM.	Total
QUESTÃO 33									
CONCORDO	40,6	41,2	40,9	63,9	41,0	52,4	52,2	41,1	44,1
CONCORDO EM PARTE	43,9	36,3	40,1	26,4	42,1	34,2	35,1	39,2	38,6
DISCORDO EM PARTE	11,3	8,1	9,7	0,0	3,3	1,7	5,6	5,7	6,9
DISCORDO	2,6	4,5	3,6	9,7	8,1	8,9	6,1	6,3	6,2
SEM OPINIÃO	1,7	9,8	5,8	0,0	5,6	2,8	0,8	7,7	4,1
QUESTÃO 34									
CONCORDO	5,0	3,0	4,0	4,2	0,0	2,1	4,6	1,5	3,4
CONCORDO EM PARTE	7,9	7,8	7,9	4,2	25,1	14,6	6,1	16,4	11,0
DISCORDO EM PARTE	9,7	24,6	17,2	29,2	7,5	18,4	19,5	16,1	17,2
DISCORDO	21,4	20,9	21,1	25,0	17,5	21,3	23,2	19,2	20,7
SEM OPINIÃO	56,0	43,7	49,8	37,5	49,8	43,7	46,7	46,8	47,6
QUESTÃO 35									
CONCORDO	34,9	22,2	28,6	34,7	21,2	28,0	34,8	21,7	25,5
CONCORDO EM PARTE	26,2	39,8	33,0	34,7	16,2	25,5	30,4	28,0	31,0
DISCORDO EM PARTE	16,4	9,3	12,9	15,3	34,5	24,9	15,8	21,9	19,3
DISCORDO	19,2	13,9	16,5	9,7	19,8	14,7	14,5	16,8	19,3
SEM OPINIÃO	3,3	14,9	9,1	5,6	8,3	6,9	4,4	11,6	4,8
QUESTÃO 36									
CONCORDO	65,0	58,1	61,5	33,3	32,1	32,7	49,2	45,1	49,7
CONCORDO EM PARTE	19,0	31,1	25,0	62,5	38,2	50,3	40,7	34,6	31,7
DISCORDO EM PARTE	8,8	6,9	7,9	4,2	12,8	8,5	6,5	9,9	10,3
DISCORDO	5,5	2,4	3,9	0,0	9,4	4,7	2,8	5,9	5,5
SEM OPINIÃO	1,7	1,5	1,6	0,0	7,5	3,8	0,8	4,5	2,8
QUESTÃO 37									
CONCORDO	55,9	61,1	58,5	40,3	47,4	43,8	48,1	54,2	51,0
CONCORDO EM PARTE	29,0	28,7	28,8	33,3	22,6	28,0	31,1	25,7	29,0
DISCORDO EM PARTE	13,8	1,5	7,7	9,7	17,2	13,5	11,8	9,4	11,7
DISCORDO	1,3	6,3	3,8	5,6	0,0	2,8	3,4	3,1	3,4
SEM OPINIÃO	0,0	2,4	1,2	11,1	12,8	11,9	5,6	7,6	4,8

CONTINUA.....

Tabela 5.27 - continuação.

QUESTÃO 38	med.			odo.			geral		
	CONCORDO	20,9	22,4	21,6	4,2	8,3	6,3	12,5	15,4
CONCORDO EM PARTE	42,8	43,0	42,9	54,2	21,2	37,7	48,5	32,1	42,8
DISCORDO EM PARTE	16,8	17,4	17,1	26,4	18,4	22,4	21,6	17,9	17,9
DISCORDO	10,0	14,1	12,0	9,7	16,4	13,1	9,8	15,3	11,7
SEM OPINIÃO	9,6	3,0	6,3	5,6	35,6	20,6	7,6	19,3	7,6
QUESTÃO 39									
CONCORDO	34,2	43,9	39,0	62,5	31,4	47,0	48,3	37,7	37,9
CONCORDO EM PARTE	42,4	43,2	42,8	23,6	59,1	41,4	33	51,2	46,2
DISCORDO EM PARTE	15,5	9,8	12,7	8,3	3,3	5,8	11,9	6,6	9,7
DISCORDO	6,3	3,0	4,6	0,0	3,3	1,7	3,1	3,2	4,1
SEM OPINIÃO	1,7	0,0	0,8	5,6	2,8	4,2	3,6	1,4	2,1
QUESTÃO 40									
CONCORDO	14,6	10,8	12,7	11,1	11,7	11,4	12,8	11,2	13,1
CONCORDO EM PARTE	20,0	37,3	28,6	25,0	24,5	24,8	22,5	30,9	22,8
DISCORDO EM PARTE	34,1	21,9	28,0	29,2	20,9	25,0	31,6	21,4	29,7
DISCORDO	21,4	30,0	25,7	23,6	31,8	27,7	22,5	30,9	26,2
SEM OPINIÃO	10,0	0,0	5,0	11,1	11,1	11,1	10,6	5,6	8,3
TOTAL DE ALUNOS	55	44	99	17	29	46	72	73	145

TABELA 5.28 - ADERÊNCIA DOS ALUNOS À REPRESENTAÇÃO SOCIAL ACERCA DA ESPECIALIZAÇÃO NA ÁREA MÉDICA POR CURSO, SÉRIE E SEXO. UFG, 1996.

CURSO	MEDICINA						ODONTOLOGIA					
	1		2		3		1		2		3	
	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.
INTERVALOS												
0 - 8 Pontos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	8,3	0,0	0,0	0,0	0,0
9 - 16 Pontos	25,0	0,0	11,5	18,2	11,1	0,0	50,0	25,0	0,0	30,0	0,0	28,6
17 - 24 Pontos	60,0	57,1	76,9	63,6	44,4	100,0	33,3	41,7	62,5	40,0	100,0	57,1
25 - 32 Pontos	15,0	42,9	11,5	18,2	44,4	0,0	16,7	25,0	37,5	30,0	0,0	14,3
Total de alunos	20	14	26	22	9	8	6	12	8	10	3	7

Tabela 5.29 - aderência dos alunos à representação social acerca da especialização na área médica por sexo e curso. UFG, 1996.

CURSO	MEDICINA			ODONTOLOGIA			GERAL		
	MAS.	FEM.	TOTAL	MAS.	FEM.	TOTAL	MAS.	FEM.	TOTAL
INTERVALOS									
0 - 8 Pontos	0,0	0,0	0,0	0,0	3,4	2,2	0,0	1,4	0,7
9 - 16 Pontos	16,4	9,1	13,1	17,6	27,6	23,9	16,7	16,4	16,6
17 - 24 Pontos	65,5	68,2	66,7	58,8	44,8	50,0	63,9	58,9	61,4
25 - 32 Pontos	18,2	22,7	20,2	23,5	24,1	23,9	19,4	23,3	21,4
Total de alunos	55	44	99	17	29	46	72	73	145

Tabela 5.30 - Distribuição percentual, por questão acerca do incremento da participação feminina por curso e sexo. UFG, 1996.

CURSO	MEDICINA			ODONTOLOGIA			GERAL		
	MAS.	FEM.	TOTAL	MAS.	FEM.	TOTAL	MAS.	FEM.	TOTAL
QUESTÃO 41									
CONCORDO	5,5	2,3	3,9	11,8	0,0	5,9	6,9	1,4	4,1
CONCORDO EM PARTE	25,5	9,1	17,3	23,5	6,9	15,2	25,0	8,2	16,6
DISCORDO EM PARTE	14,5	20,5	17,5	11,8	17,2	14,5	13,9	19,2	16,6
DISCORDO	45,5	68,2	56,8	41,2	65,5	53,3	44,4	67,1	55,9
SEM OPINIÃO	9,1	0,0	4,5	11,8	10,3	11,1	9,7	4,1	6,9
QUESTÃO 42									
VERDADEIRO	16,4	25,0	20,7	23,5	10,3	16,9	18,1	19,2	18,6
FALSO	56,4	47,7	52,0	64,7	58,6	61,7	58,3	52,1	55,2
SEM OPINIÃO	27,3	27,3	27,3	11,8	31,0	21,4	23,6	28,8	26,2
QUESTÃO 43									
VERDADEIRO	29,1	29,5	29,3	17,6	20,7	19,2	26,4	26,0	26,2
FALSO	40,0	38,6	39,3	52,9	58,6	55,8	43,1	46,6	44,8
SEM OPINIÃO	30,9	31,8	31,4	29,4	20,7	25,1	30,6	27,4	28,3
QUESTÃO 44									
CONCORDO	7,3	4,5	5,9	5,9	0,0	2,9	6,9	2,7	4,8
CONCORDO EM PARTE	34,5	11,4	23,0	41,2	17,2	29,2	36,1	13,7	24,8
DISCORDO EM PARTE	14,5	20,5	17,5	11,8	13,8	12,8	13,9	17,8	15,9
DISCORDO	36,4	63,6	50,0	35,3	65,5	50,4	36,1	64,4	50,3
SEM OPINIÃO	7,3	0,0	3,6	5,9	3,4	4,7	6,9	1,4	4,1
QUESTÃO 45									
CONCORDO	7,3	11,4	9,3	17,6	17,2	17,4	9,7	13,7	11,7
CONCORDO EM PARTE	23,6	18,2	20,9	47,1	27,6	37,3	29,2	21,9	25,5
DISCORDO EM PARTE	9,1	15,9	12,5	5,9	3,4	4,7	8,3	11,0	9,7
DISCORDO	40,0	40,9	40,5	23,5	44,8	34,2	36,1	42,5	39,3
SEM OPINIÃO	20,0	13,6	16,8	5,9	6,9	6,4	16,7	11,0	13,8
QUESTÃO 46									

CONCORDO	7,3	6,8	7,0	11,8	3,4	7,6	8,3	5,5	6,9
CONCORDO EM PARTE	25,5	15,9	20,7	17,6	6,9	12,3	23,6	12,3	17,9
DISCORDO EM PARTE	23,6	22,7	23,2	5,9	10,3	8,1	19,4	17,8	18,6
DISCORDO	43,6	52,3	48,0	64,7	75,9	70,3	48,6	61,6	55,2
SEM OPINIÃO	0,0	2,3	1,1	0,0	3,4	1,7	0,0	2,7	1,4
QUESTÃO 47									
CONCORDO	1,8	0,0	0,9	5,9	0,0	2,9	2,8	0,0	1,4
CONCORDO EM PARTE	12,7	18,2	15,5	29,4	20,7	25,1	16,7	19,2	17,9
DISCORDO EM PARTE	21,8	15,9	18,9	23,5	10,3	16,9	22,2	13,7	17,9
DISCORDO	60,0	65,9	63,0	41,2	65,5	53,3	55,6	65,8	60,7
SEM OPINIÃO	3,6	0,0	1,8	0,0	3,4	1,7	2,8	1,4	2,1
QUESTÃO 48									
CONCORDO	16,4	9,1	12,7	17,6	0,0	8,8	16,7	5,5	11,0
CONCORDO EM PARTE	47,3	31,8	39,5	41,2	17,2	29,2	45,8	26,0	35,9
DISCORDO EM PARTE	18,2	13,6	15,9	11,8	6,9	9,3	16,7	11,0	13,8
DISCORDO	18,2	40,9	29,5	29,4	72,4	50,9	20,8	53,4	37,2
SEM OPINIÃO	0,0	4,5	2,3	0,0	3,4	1,7	0,0	4,1	2,1
QUESTÃO 49									
CONCORDO	1,8	2,3	2,0	0,0	0,0	0,0	1,4	1,4	1,4
CONCORDO EM PARTE	20,0	6,8	13,4	41,2	10,3	25,8	25,0	8,2	16,6
DISCORDO EM PARTE	27,3	6,8	17,0	5,9	10,3	8,1	22,2	8,2	15,2
DISCORDO	49,1	84,1	66,6	52,9	79,3	66,1	50,0	82,2	66,2
SEM OPINIÃO	1,8	0,0	0,9	0,0	0,0	0,0	1,4	0,0	0,7
QUESTÃO 50									
CONCORDO	5,5	6,8	6,1	5,9	6,9	6,4	5,6	6,8	6,2
CONCORDO EM PARTE	40,0	29,5	34,8	41,2	10,3	25,8	40,3	21,9	31,0
DISCORDO EM PARTE	14,5	13,6	14,1	35,3	13,8	24,5	19,4	13,7	16,6
DISCORDO	29,1	43,2	36,1	17,6	65,5	41,6	26,4	52,1	39,3
SEM OPINIÃO	10,9	6,8	8,9	0,0	3,4	1,7	8,3	5,5	6,9
QUESTÃO 51									
CONCORDO	27,3	27,3	27,3	41,2	37,9	39,6	30,6	31,5	31,0
CONCORDO EM PARTE	43,6	34,1	38,9	35,3	20,7	28,0	41,7	28,8	35,2
DISCORDO EM PARTE	18,2	31,8	25,0	11,8	31,0	21,4	16,7	31,5	24,1
DISCORDO	7,3	6,8	7,0	11,8	10,3	11,1	8,3	8,2	8,3
SEM OPINIÃO	3,6	0,0	1,8	0,0	0,0	0,0	2,8	0,0	1,4

CONTINUA.....

TABELA. 5. 30 - continuação

QUESTÃO 52									
VERDADEIRO	29,1	36,4	32,7	5,9	31,0	18,5	23,6	34,2	29,0
FALSO	34,5	27,3	30,9	58,8	48,3	53,5	40,3	35,6	37,9
SEM OPINIÃO FORMADA	36,4	36,4	36,4	35,3	20,7	28,0	36,1	30,1	33,1
QUESTÃO 53									
VERDADEIRO	29,1	15,9	22,5	17,6	31,0	24,3	26,4	21,9	24,1
FALSO	38,2	40,9	39,5	64,7	37,9	51,3	44,4	39,7	42,1
SEM OPINIÃO FORMADA	32,7	43,2	38,0	17,6	31,0	24,3	29,2	38,4	33,1
TOTAL DE ALUNOS	55	44	99	17	29	46	72	73	145

TABELA 5.31 - ADERÊNCIA DOS ALUNOS À REPRESENTAÇÃO SOCIAL SOBRE O INCREMENTO DA PARTICIPAÇÃO FEMININA POR SEXO E CURSO. UFG, 1996

CURSO	MEDICINA		ODONTOLOGIA		GERAI		
	MAS	FEM	MAS	FEM	MAS	FEM	TOTAL
SEXO							
INTERVALOS							
0 - 13 pontos	3,6	9,1	5,9	10,3	4,2	9,6	6,9
14 - 26 pontos	60,0	63,6	52,9	82,8	58,3	71,2	64,8
27 - 39 pontos	36,4	27,3	41,2	6,9	37,5	19,2	28,3
40 - 52 pontos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
TOTAL DE ALUNOS	55	44	17	29	72	73	145

TABELA 5.32 - ADERÊNCIA DOS ALUNOS À REPRESENTAÇÃO SOCIAL SOBRE O INCREMENTO DA PARTICIPAÇÃO FEMININA POR FAIXA ETÁRIA. UFG, 1996

FAIXA ETÁRIA	17 a 19	20 a 22	23 a 24	25 ou mais
INTERVALOS				
0 - 13 pontos	8,3	8,6	3,6	0,0
14 - 26 pontos	66,7	65,7	64,3	54,5
27 - 39 pontos	25,0	25,7	32,1	45,5
40 - 52 pontos	0,0	0,0	0,0	0,0
TOTAL DE ALUNOS	36	70	28	11

TABELA 5.33 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS RESPOSTAS ACERCA DA PARTICIPAÇÃO FEMININA NO MERCADO DE TRABALHO POR CURSO, SÉRIE E SEXO. UFG, 1996.

CURSO	MEDICINA						ODONTOLOGIA						Geral
	1		2		3		1		2		3		
SÉRIE													
SEXO	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.	
CONCORDO	9,3	28,6	28,0	16,9	20,6	17,9	11,9	22,6	16,1	12,9	38,1	30,6	20,3
CONCORDO EM PARTE	12,1	13,3	9,9	9,7	15,9	5,4	14,3	6,0	19,6	12,9	9,5	12,2	11,3
DISCORDO EM PARTE	7,9	4,1	6,6	9,7	6,3	16,1	4,8	8,3	7,1	5,7	4,8	4,1	7,4
DISCORDO	38,6	33,7	38,5	40,3	44,4	41,1	50,0	51,2	42,9	48,6	42,9	34,7	41,2
SEM OPINIÃO	32,1	20,4	17,0	23,4	12,7	19,6	19,0	11,9	14,3	20,0	4,8	18,4	21,9
TOTAL DE ALUNOS	20	14	26	22	9	8	6	12	8	10	3	7	145

TABELA 5.34 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL, POR QUESTÃO, ACERCA DA PARTICIPAÇÃO FEMININA NO MERCADO DE TRABALHO NA ÁREA DA SAÚDE POR CURSO, SÉRIE E SEXO. UFG, 1996.

CURSO	MEDICINA						ODONTOLOGIA					
	1		2		3		1		2		3	
SÉRIE												
SEXO	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.
QUESTÃO 42												
VERDADEIRO	0,0	42,9	26,9	18,2	22,2	12,5	0,0	16,7	37,5	0,0	33,3	14,3
FALSO	55,0	28,6	50,0	50,0	77,8	75,0	66,7	58,3	62,5	80,0	66,7	28,6
SEM OPINIÃO	45,0	28,6	23,1	31,8	0,0	12,5	33,3	25,0	0,0	20,0	0,0	57,1
QUESTÃO 43												
VERDADEIRO	10,0	42,9	38,5	22,7	44,4	25,0	16,7	16,7	12,5	10,0	33,3	42,9
FALSO	35,0	28,6	38,5	40,9	55,6	50,0	50,0	66,7	62,5	60,0	33,3	42,9
SEM OPINIÃO	55,0	28,6	19,2	36,4	0,0	25,0	33,3	16,7	25,0	30,0	33,3	14,3
QUESTÃO 45												
CONCORDO	10,0	28,6	0,0	4,5	22,2	0,0	16,7	16,7	12,5	10,0	33,3	28,6
CONCORDO EM PARTE	25,0	28,6	23,1	18,2	22,2	0,0	33,3	16,7	62,5	30,0	33,3	42,9
DISCORDAM EM PARTE	10,0	0,0	11,5	27,3	0,0	12,5	16,7	8,3	0,0	0,0	0,0	0,0
DISCORDO	35,0	35,7	46,2	31,8	33,3	75,0	16,7	50,0	25,0	50,0	33,3	28,6
SEM OPINIÃO	20,0	7,1	19,2	18,2	22,2	12,5	16,7	8,3	0,0	10,0	0,0	0,0

	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.
	1	1	2	2	3	3	1	1	2	2	3	3
QUESTÃO 47												
CONCORDO	0,0	0,0	3,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	33,3	0,0
DISCORDO EM PARTE	25,0	14,3	15,4	4,5	33,3	50,0	16,7	8,3	25,0	10,0	33,3	14,3
DISCORDO	50,0	64,3	73,1	77,3	44,4	37,5	50,0	75,0	37,5	60,0	33,3	57,1
SEM OPINIÃO	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	14,3
QUESTÃO 51												
CONCORDO	15,0	42,9	38,5	31,8	22,2	25,0	50,0	41,7	37,5	30,0	33,3	42,9
CONCORDO EM PARTE	45,0	42,9	34,6	0,0	66,7	25,0	33,3	8,3	37,5	30,0	33,3	28,6
DISCORDO EM PARTE	20,0	14,3	19,2	0,0	11,1	50,0	0,0	41,7	25,0	30,0	0,0	14,3
DISCORDO	10,0	0,0	7,7	31,8	0,0	0,0	16,7	8,3	0,0	10,0	33,3	14,3
SEM OPINIÃO	10,0	0,0	0,0	36,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
QUESTÃO 52												
VERDADEIRO	15,0	28,6	46,2	31,8	11,1	62,5	0,0	41,7	0,0	10,0	33,3	42,9
FALSO	35,0	28,6	26,9	31,8	55,6	12,5	66,7	50,0	50,0	50,0	66,7	42,9
SEM OPINIÃO	50,0	42,9	26,9	36,4	33,3	25,0	33,3	8,3	50,0	40,0	0,0	14,3
QUESTÃO 53												
VERDADEIRO	15,0	14,3	42,3	22,7	22,2	0,0	0,0	25,0	12,5	30,0	66,7	42,9
FALSO	50,0	50,0	26,9	36,4	44,4	37,5	83,3	50,0	62,5	30,0	33,3	28,6
SEM OPINIÃO	35,0	35,7	30,8	40,9	33,3	62,5	16,7	25,0	25,0	40,0	0,0	28,6
TOTAL DE ALUNOS	20	14	26	22	9	8	6	12	8	10	3	7

TABELA 5.35 - ADERÊNCIA DOS ALUNOS À REPRESENTAÇÃO SOCIAL SOBRE PARTICIPAÇÃO FEMININA NO MERCADO DE TRABALHO POR CURSO, SÉRIE E SEXO. UFG, 1996.

CURSO	MEDICINA						ODONTOLOGIA					
	1		2		3		1		2		3	
SÉRIE	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.
SEXO												
INTERVALOS												
0 - 7 PONTOS	30,0	7,1	15,4	22,7	0,0	12,5	33,3	16,7	0,0	20,0	0,0	0,0
8 - 14 PONTOS	65,0	57,1	46,2	54,5	77,8	62,5	66,7	66,7	75,0	60,0	33,3	57,1
15 - 21 PONTOS	5,0	28,6	30,8	22,7	22,2	25,0	0,0	8,3	25,0	20,0	66,7	28,6
22 - 28 PONTOS	0,0	7,1	7,7	0,0	0,0	0,0	0,0	8,3	0,0	0,0	0,0	14,3
TOTAL DE ALUNOS	20	14	26	22	9	8	6	12	8	10	3	7

TABELA 5.36 - ADERÊNCIA DOS ALUNOS À REPRESENTAÇÃO SOCIAL SOBRE A PARTICIPAÇÃO FEMININA NO MERCADO DE TRABALHO, POR CURSO E SEXO. UFG, 1996.

CURSO	MEDICINA		ODONTOLOGIA		GERAL		
	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.	TOTAL
SEXO							
0 - 7 PONTOS	18,2	15,9	11,8	13,8	16,7	15,1	15,9
8 - 14 PONTOS	58,2	56,8	64,7	62,1	59,7	58,9	59,3
15 - 21 PONTOS	20,0	25,0	23,5	17,2	20,8	21,9	21,4
22 - 28 PONTOS	3,6	2,3	0,0	6,9	2,8	4,1	3,4
TOTAL DE ALUNOS	55	44	17	29	72	73	145

TABELA 5. 37 - ADERÊNCIA DOS ALUNOS À REPRESENTAÇÃO SOCIAL SOBRE A PARTICIPAÇÃO FEMININA NO MERCADO DE TRABALHO POR FAIXA ETÁRIA. UFG, 1996.

FAIXA ETÁRIA	17 a 19	20 a 22	23 a 24	25 ou mais
0 - 7 PONTOS	27,8	14,3	10,7	0,0
8 - 14 PONTOS	63,9	58,6	53,6	63,6
15 - 21 PONTOS	2,8	25,7	28,6	36,4
22 - 28 PONTOS	5,6	1,4	7,1	0,0
TOTAL DE ALUNOS	36	70	28	11

TABELA 5. 38 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS RESPOSTAS ACERCA DO CONCEITO DE PROFISSÃO FEMININA POR CURSO, SÉRIE E SEXO. UFG, 1996.

CURSO	MEDICINA						ODONTOLOGIA						Geral
	1		2		3		1		2		3		
SÉRIE	MAS	FEM	MAS	FEM	MAS	FEM	MAS	FEM	MAS	FEM	MAS	FEM	
SEXO													
CONCORDO	4,3	4,1	4,9	3,9	15,9	7,1	4,8	2,4	5,4	1,4	23,8	0,0	5,1
CONCORDO EM PARTE	27,9	15,3	25,8	16,9	42,9	23,2	35,7	15,5	32,1	14,3	33,3	6,1	23,0
DISCORDO EM PARTE	23,6	15,3	18,1	12,3	12,7	28,6	11,9	11,9	17,9	14,3	14,3	8,2	16,4
DISCORDO	35,7	65,3	48,4	63,6	27,0	39,3	45,2	67,9	42,9	65,7	23,8	79,6	52,1
SEM OPINIÃO	8,6	0,0	2,7	3,2	1,6	1,8	2,4	2,4	1,8	4,3	4,8	6,1	5,5
TOTAL DE ALUNOS	20	14	26	22	9	8	6	12	8	10	3	7	145

TABELA 5.39 - ADERÊNCIA DOS ALUNOS À REPRESENTAÇÃO SOCIAL SOBRE O CONCEITO DE PROFISSÃO FEMININA POR CURSO E SEXO. UFG, 1996.

CURSO	MEDICINA		ODONTO		GERAL		Total
	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.	
SEXO							
INTERVALO							
0 - 7 PONTOS	9,1	25,0	11,8	31,0	9,7	27,4	18,6
8 - 14 PONTOS	49,1	47,7	41,2	62,1	47,2	53,4	50,3
15 - 21 PONTOS	40,0	27,3	41,2	6,9	40,3	19,2	29,7
22 - 28 PONTOS	1,8	0,0	5,9	0,0	2,8	0,0	1,4
TOTAL DE ALUNOS	55	44	17	29	72	73	145

TABELA 5.40 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS QUESTÕES RELATIVAS AO CONCEITO DE PROFISSÃO FEMININA POR CURSO, SÉRIE E SEXO. UFG, 1996.

CURSO	MEDICINA						ODONTOLOGIA					
	1		2		3		1		2		3	
	MAS	FEM	MAS	FEM	MAS	FEM	MAS	FEM	MAS	FEM	MAS	FEM
QUESTÃO 41												
CONCORDO	0,0	0,0	0,0	4,5	33,3	0,0	16,7	0,0	12,5	0,0	0,0	0,0
CONCORDO EM PARTE	30,0	7,1	19,2	9,1	33,3	12,5	16,7	0,0	25,0	20,0	33,3	0,0
DISCORDO EM PARTE	15,0	21,4	19,2	18,2	0,0	25,0	0,0	25,0	12,5	20,0	33,3	0,0
DISCORDO	40,0	71,4	53,8	68,2	33,3	62,5	50,0	58,3	50,0	50,0	0,0	100,0
SEM OPINIÃO	15,0	0,0	7,7	0,0	0,0	0,0	16,7	16,7	0,0	10,0	33,3	0,0
QUESTÃO 44												
CONCORDO	5,0	0,0	0,0	4,5	33,3	12,5	0,0	0,0	0,0	0,0	33,3	0,0
CONCORDO EM PARTE	35,0	7,1	30,8	13,6	44,4	12,5	50,0	33,3	37,5	0,0	33,3	14,3
DISCORDO EM PARTE	20,0	28,6	15,4	13,6	0,0	25,0	0,0	25,0	12,5	0,0	33,3	14,3
DISCORDO PLENAMENTE	30,0	64,3	46,2	68,2	22,2	50,0	50,0	41,7	37,5	90,0	0,0	71,4
SEM OPINIÃO	10,0	0,0	7,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	12,5	10,0	0,0	0,0
QUESTÃO 46												
CONCORDO	5,0	7,1	7,7	9,1	11,1	0,0	0,0	8,3	12,5	0,0	33,3	0,0
CONCORDO EM PARTE	25,0	14,3	19,2	13,6	44,4	25,0	33,3	8,3	12,5	10,0	0,0	0,0
DISCORDO EM PARTE	30,0	14,3	19,2	22,7	22,2	37,5	0,0	8,3	12,5	20,0	0,0	0,0
DISCORDO	40,0	64,3	53,8	50,0	22,2	37,5	66,7	75,0	62,5	60,0	66,7	100,0
SEM OPINIÃO	0,0	0,0	0,0	4,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	10,0	0,0	0,0

QUESTÃO 47												
CONCORDO	0,0	0,0	3,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	33,3	0,0
CONCORDO EM PARTE	15,0	21,4	7,7	18,2	22,2	12,5	33,3	16,7	37,5	30,0	0,0	14,3
DISCORDO EM PARTE	25,0	14,3	15,4	4,5	33,3	50,0	16,7	8,3	25,0	10,0	33,3	14,3
DISCORDO	50,0	64,3	73,1	77,3	44,4	37,5	50,0	75,0	37,5	60,0	33,3	57,1
SEM OPINIÃO	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	14,3
QUESTÃO 48												
CONCORDO	20,0	7,1	15,4	0,0	11,1	25,0	16,7	0,0	12,5	0,0	33,3	0,0
CONCORDO EM PARTE	35,0	35,7	53,8	9,1	55,6	37,5	50,0	33,3	25,0	10,0	66,7	0,0
DISCORDO EM PARTE	30,0	7,1	7,7	4,5	22,2	25,0	16,7	0,0	12,5	10,0	0,0	14,3
DISCORDO	15,0	50,0	23,1	86,4	11,1	12,5	16,7	66,7	50,0	80,0	0,0	71,4
SEM OPINIÃO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	14,3
QUESTÃO 49												
CONCORDO	0,0	7,1	0,0	0,0	11,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
CONCORDO EM PARTE	15,0	0,0	15,4	9,1	44,4	12,5	33,3	0,0	37,5	20,0	66,7	14,3
DISCORDO EM PARTE	30,0	7,1	34,6	4,5	0,0	12,5	0,0	16,7	12,5	10,0	0,0	0,0
DISCORDO	50,0	85,7	50,0	86,4	44,4	75,0	66,7	83,3	50,0	70,0	33,3	85,7
SEM OPINIÃO	5,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
QUESTÃO 50												
CONCORDO	0,0	7,1	7,7	4,5	11,1	12,5	0,0	8,3	0,0	10,0	33,3	0,0
CONCORDO EM PARTE	40,0	21,4	34,6	27,3	55,6	50,0	33,3	16,7	50,0	10,0	33,3	0,0
DISCORDO EM PARTE	15,0	14,3	15,4	9,1	11,1	25,0	50,0	0,0	37,5	30,0	0,0	14,3
DISCORDO	25,0	57,1	38,5	50,0	11,1	0,0	16,7	75,0	12,5	50,0	33,3	71,4
SEM OPINIÃO	20,0	0,0	3,8	9,1	11,1	12,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	14,3
TOTAL DE ALUNOS	20	14	26	22	9	8	6	12	8	10	3	7

TABELA 5.41 - DISTRIBUIÇÃO DAS ESPECIALIDADES ESCOLHIDAS PELOS ACADÊMICOS, POR CURSO E SEXO. UFG, 1996.

CURSO	MEDICINA			ODONTOLOGIA		
	MAS	FEM	TOTAL	MAS	FEM	TOTAL
SEXO						
ESPECIALIDADES CLÍNICAS	25,8	73,7	44,0	22,2	50,0	38,1
ESPECIALIDADES CIRÚRGICAS	64,5	15,8	46,0	44,4	16,7	28,6
ESPECIALIDADES COMPLEMENTARES	0,0	5,3	2,0	0,0	0,0	0,0
NÃO RESPONDEU	9,7	5,3	8	33,3	8,3	19,0
CITA MAIS DE UMA	3,2	0,0	2,0	0,0	25,0	14,3
TOTAL	31	19	50	9	12	21

TABELA 5.42 - DISTRIBUIÇÃO DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS, INSCRITOS NO CRO, POR ESPECIALIDADES E SEXO. GOIÁS, 1996.

ESPECIALIDADES	SEXO		TOTAL
	MAS(%)	FEM(%)	Nº
Cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial	91,5	8,7	40
Dentística restauradora	40,0	60,0	56
Endodontia	64,3	35,7	56
Odontologia em saúde coletiva	50,0	50,0	06
Odontopediatria	13,0	87,0	77
Ortodontia	76,9	23,1	39
Patologia Bucal	100,0	0,0	01
Periodontia	60,5	39,5	38
Prótese dentária	85,2	14,8	81
Radiologia	73,5	26,5	34
Total	59,2	40,8	395

Fonte: Conselho Regional de Odontologia - secção de Goiás.

TABELA 5.43 - DISTRIBUIÇÃO DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS INSCRITOS NO CRO - GO POR TIPO DE ESPECIALIDADE E SEXO. GOIÁS, 1996.

TIPO DE ESPECIALIDADES	Mas.	Fem.	TOTAL
CLÍNICAS	43,6	56,4	218
CIRÚRGICAS	79,6	20,4	142
COMPLEMENTARES	74,3	25,7	35
TOTAL	234	161	395

Fonte: Conselho Regional de Odontologia - secção de Goiás

TABELA 5. 44 - FREQUÊNCIA DAS RESPOSTAS RELATIVAS A AVALIAÇÃO DO SEU CURSO FEITA PELOS ALUNOS DOS CURSOS DE MEDICINA E ODONTOLOGIA . UFG, 1996.

CRITÉRIOS	%
ÓTIMO	29,0
BOM	57,2
REGULAR	11,7
RUIM	1,4
NÃO RESPONDEU	0,0
TOTAL DE ALUNOS	145

TABELA 5.45 - FREQUÊNCIA DAS RESPOSTAS DOS ALUNOS DOS CURSOS DE MEDICINA E ODONTOLOGIA RELATIVAS AO CONTATO COM O PACIENTE PROPORCIONADO PELO CURSO. UFG, 1996

CRITÉRIOS	%
SATISFATORIO	46,9
POUCO	37,9
EXCESSIVO	0,0
NÃO SE APLICA	14,5
TOTAL DE ALUNOS	145

TABELA 5.46. - FREQUÊNCIA DAS RESPOSTAS DOS ALUNOS DE AMBOS OS CURSOS SOBRE AS MATÉRIAS DO CICLO BÁSICO. UFG, 1996.

CRITÉRIOS	Nº	%
FUNDAMENTAIS	71	49,0
SEM LIGAÇÃO	4	2,8
MAIS DIRECIONADAS	68	46,9
NÃO SE APLICA	1	0,7
NÃO RESPONDEU	1	0,7
TOTAL DE ALUNOS	145	#####

TABELA 5.47. FREQUÊNCIA DAS RESPOSTAS RELATIVAS ÀS MATÉRIAS DO CICLO BÁSICO POR CURSO, SEXO E SÉRIE. UFG, 1996.

CURSO	MEDICINA						ODONTOLOGIA					
	1		2		3		1		2		3	
	MAS	FEM	MAS	FEM	MAS	FEM	MAS	FEM	MAS	FEM	MAS	FEM
FUNDAMENTAIS	80,0	71,4	46,2	59,1	33,3	37,5	33,3	0,0	50,0	40,0	66,7	28,6
SEM LIGAÇÃO COM O CURSO	0,0	14,3	3,8	0,0	0,0	12,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
MAIS DIRECIONADAS PARA O CURSO	20,0	14,3	50,0	36,4	66,7	50,0	66,7	100,0	50,0	60,0	33,3	57,1
NÃO SE APLICA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	14,3
NÃO RESPONDEU	0,0	0,0	0,0	4,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
TOTAL DE ALUNOS	20	14	26	22	9	8	6	12	8	10	3	7

3. Instrumento de coleta de dados

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
MESTRADO EM EDUCAÇÃO ESCOLAR BRASILEIRA
INSTRUMENTO DE PESQUISA
MESTRANDA: MARIA GORETTI QUEIROZ

Este questionário foi construído para ser o instrumento de pesquisa do projeto de dissertação cujo título é “ A Representação Social dos alunos dos cursos de medicina e odontologia da UFG sobre o trabalho na área da saúde”. Este tem, portanto, o objetivo de coletar a sua opinião sobre alguns aspectos deste assunto que irei abordar nesta dissertação. Desta forma, você não precisa se identificar, mas é necessário que você expresse a sua opinião sincera sobre as questões formuladas, sem se preocupar com juízo de valores.

As questões foram formuladas de maneira tal que você deverá marcar apenas um X na resposta, que mais se aproximar de sua opinião.

Agradeço a sua colaboração.

QUESTIONÁRIO

1. SEXO: 1.1. masculino 1.2. feminino
2. IDADE:.....
3. SÉRIE: CURSO: Medicina Odontologia
4. Possui algum parente nesta profissão que você escolheu ?
 - 4.1. sim (em caso afirmativo, passe para a questão de nº 5)
 - 4.2. não (responda a partir da questão de nº 6)
5. Quantos: 1. 2. 3. mais que 4.

grau de parentesco:	pais <input type="checkbox"/>	irmãos <input type="checkbox"/>
	tios <input type="checkbox"/>	outros <input type="checkbox"/> quais?

Na questão seguinte você poderá marcar até três itens, ou seja, aqueles que você acha que mais influenciaram na sua escolha.

6. Quais foram os motivos que o levaram a escolher este curso?
 - 6.1. vocação para exercer esta profissão
 - 6.2. devido influência de médicos (dentistas) parentes ou amigos
 - 6.3. maior segurança e tranquilidade no futuro
 - 6.4. interesse em atuar junto à comunidade
 - 6.5. por ser uma profissão fácil de ser exercida por mulheres
 - 6.6. maior realização pessoal e profissional neste campo
 - 6.7. melhor posição social nesta profissão
 - 6.8. pela compensação financeira
 - 6.9. a profissão oferece um grande e diversificado mercado de trabalho
 - 6.10. a profissão permite que o profissional se dedique a pesquisa.

7. Marque os equipamentos que podem ser encontrados na sua casa:
 - 7.1. TV colorida - quantas? 7.1.1. 1 7.1.2. 2

- 7.1.3. 3 ou mais
- 7.2. geladeira - quantas 7.2.1. 1 7.2.2. 2
7.2.3. 3 ou mais
- 7.3. freezer
- 7.4. forno elétrico
- 7.5. forno de microondas
- 7.6. telefone
- 7.7. telefone celular
- 7.8. aparelho de videocassete
- 7.9. micro computador e impressora
- 7.10. aparelho de fax
- 7.11. automóvel - 7.11.1. 1 7.11.2. 2
7.11.3. 3 ou mais

8. Com que frequência você lê:

- 8.1. Jornal: 8.1.1. diariamente
8.1.2. semanalmente
8.1.3. não lê
- 8.2. Revistas, como Istoé, Veja
8.2.1. no mínimo uma vez por semana
8.2.2. no mínimo uma vez por mês
8.2.3. não lê
- 8.3. Livros de ficção ou romance:
8.3.1. no mínimo um título por mês
8.3.2. quando o livro é muito comentado ou recomendado
8.3.3. não lê
- 8.4. Revistas de interesse profissional:
8.4.1. rotineiramente
8.4.2. em caso de pesquisa ou quando o professor recomenda
8.4.3. não lê

A seguir passaremos a fazer uma série de afirmações. Você deve marcar o item que mais se aproxima da sua opinião.

* Quando você não se sentir em condições de responder alguns dos itens que se seguem assinale: não se aplica, ou no caso não tenho opinião formada sobre este assunto.

9. Qual a avaliação que você faz do seu curso:

- 9.1. ótimo
- 9.2. bom
- 9.3. regular
- 9.4. ruim

10. Você considera que o seu curso lhe proporciona um contato com o paciente desde o diagnóstico, o tratamento, a evolução do caso e a preservação :

- 10.1. satisfatório
- 10.2. pouco
- 10.3. excessivo
- 10.4. não se aplica

11. Você considera que as matérias que você viu, ou está vendo, no ciclo básico são:

- 11.1. fundamentais para o ciclo profissional
- 11.2. sem ligação com o ciclo profissional

- 11.3. deveriam ser mais direcionadas para o meu curso
11.4. não se aplica
12. No seu curso o aluno consegue ter uma visão real sobre a profissão, o mercado de trabalho, e as suas formas de organização.
- 12.1. concordo plenamente
12.2. concordo em parte
12.3. discordo parcialmente
12.4. discordo plenamente
12.5. não se aplica
13. A profissão que você escolheu é uma profissão liberal ou autônoma.
- 13.1. concordo plenamente
13.2. concordo em parte
13.3. discordo parcialmente
13.4. discordo plenamente
13.5. ainda não tenho opinião formada sobre este assunto
14. A profissão que você escolheu confere prestígio ao profissional, porque este passa a ser tratado de modo diferente pelas outras pessoas, quando ficam sabendo que são doutores.
- 14.1. concordo plenamente
14.2. concordo em parte
14.3. discordo parcialmente
14.4. discordo plenamente
14.5. ainda não tenho opinião formada sobre este assunto
15. Para ser médico a pessoa tem que se dedicar à profissão mais até que à própria família.
- 15.1. concordo plenamente
15.2. concordo em parte
15.3. discordo parcialmente
15.4. discordo plenamente
15.5. ainda não tenho opinião formada sobre este assunto
16. As profissões de saúde, como: médico, dentista são sempre boas, pois permitem que os profissionais obtenham renda compatível com a sua subsistência.
- 16.1. verdadeira
16.2. falso
16.5. ainda não tenho opinião formada sobre este assunto
17. No início da carreira profissional, os recém-formados necessitam arrumar um emprego para garantir a sobrevivência, muitas vezes se submetendo a condições de trabalho insatisfatórias e baixos salários.
- 17.1. concordo plenamente
17.2. concordo em parte
17.3. discordo parcialmente
17.4. discordo plenamente
17.5. ainda não tenho opinião formada sobre este assunto
18. Para se exercer a profissão de cirurgião-dentista tem-se menor desgaste emocional do que a do médico.
- 18.1. concordo plenamente
18.2. concordo em parte

- 18.3. discordo parcialmente
- 18.4. discordo plenamente
- 18.5. ainda não tenho opinião formada sobre este assunto

19. O profissional de saúde deve trabalhar apenas no consultório particular e atender a uma clientela eminentemente particular.

- 19.1. concordo plenamente
- 19.2. concordo em parte
- 19.3. discordo parcialmente
- 19.4. discordo plenamente
- 19.5. ainda não tenho opinião formada sobre este assunto

20. Não se emprega para a área da saúde a lei da oferta e da procura da economia. A saúde está acima da economia; o que conta é a necessidade do paciente.

- 20.1. concordo plenamente
- 20.2. concordo em parte
- 20.3. discordo parcialmente
- 20.4. discordo plenamente
- 20.5. ainda não tenho opinião formada sobre este assunto

21. Hoje, para se viver da profissão, não é necessário atender a vários convênios, como: sindicatos profissionais, Unimed, Golden Cross, IPASGO e SUS entre outros, como alguns profissionais fazem.

- 21.1. concordo plenamente
- 21.2. concordo em parte
- 21.3. discordo parcialmente
- 21.4. discordo plenamente
- 21.5. ainda não tenho opinião formada sobre este assunto

22. Quando se trata de médico ou dentista, não se pode falar de subemprego ou desemprego.

- 22.1. Verdadeiro
- 22.2. Falso
- 22.3. ainda não tenho opinião formada sobre este assunto

23. Os cirurgiões-dentistas ainda continuam sendo, predominantemente, considerados profissionais autônomos. O mesmo não se pode afirmar em relação aos médicos.

- 23.1. Verdadeiro
- 23.2. Falso
- 23.3. ainda não tenho opinião formada sobre este assunto

24. Os profissionais de saúde, mesmo sendo submetidos a baixos salários, continuam gozando de alto prestígio junto à população.

- 24.1. concordo plenamente
- 24.2. concordo em parte
- 24.3. discordo parcialmente
- 24.4. discordo plenamente
- 24.5. ainda não tenho opinião formada sobre este assunto

25. Todo médico bem sucedido trabalha um período em um hospital, dedicando-se ao atendimento dos pacientes e, ao mesmo tempo, aprimorando seus conhecimentos. O outro período é dedicado ao consultório particular. Já o dentista alterna o seu horário profissional com atividade de ensino.

- 25.1. concordo plenamente
- 25.2. concordo em parte
- 25.3. discordo parcialmente
- 25.4. discordo plenamente
- 25.5. ainda não tenho opinião formada sobre este assunto

26. O serviço público é uma opção de trabalho que alguns assumem até se estabilizar financeiramente. Os que permanecem nele é porque não se deram muito bem profissionalmente.

- 26.1. concordo plenamente
- 26.2. concordo em parte
- 26.3. discordo parcialmente
- 26.4. discordo plenamente
- 26.5. ainda não tenho opinião formada sobre este assunto

Agora as perguntas passaram a versar sobre outro tema. Você deverá continuar a marcar a questão que mais se aproxima da sua opinião.

27. Após o término de seu curso você pretende fazer alguma especialização (residência)?

27.1. Sim Qual?(responda a partir da questão de nº 28).

27.2. Sim, mas ainda não decidi (passe a responder a partir da questão de nº 33)

27.3. Não. Qual o motivo?(continue a responder a partir da

questão de nº 33)

28. Você escolheu esta especialidade antes mesmo de passar no vestibular?

- 28.1. Sim
- 28.2. Não

29. Você escolheu esta especialidade após ter cursado a disciplina que trata sobre ela?

- 29.1. Sim
- 29.2. Não

30. Você escolheu esta especialidade por ser nova e ter ainda poucos profissionais atuando neste campo?

- 30.1. Sim
- 30.2. Não

31. Através do exercício desta especialidade poderei “herdar” a clientela dos profissionais da família.

- 31.1. Sim
- 31.2. Não

32. É uma especialidade que dá um retorno financeiro garantido.

- 32.1. Sim
- 32.2. Não

33. A especialização dá um “status” diferenciado para o profissional, principalmente se é feita em lugares de maior prestígio.

- 33.1. concordo plenamente
- 33.2. concordo em parte
- 33.3. discordo parcialmente

- 33.4. discordo plenamente
33.5. ainda não tenho opinião formada sobre este assunto
34. Os convênios credenciam qualquer profissional, não há necessidade do título de especialista para este fim.
- 34.1. concordo plenamente
34.2. concordo em parte
34.3. discordo parcialmente
34.4. discordo plenamente
34.5. ainda não tenho opinião formada sobre este assunto
35. O curso que você está matriculado é conduzido de forma despertar no aluno a necessidade e importância de uma especialização. Só assim os alunos serão bons profissionais.
- 35.1. concordo plenamente
35.2. concordo em parte
35.3. discordo parcialmente
35.4. discordo plenamente
35.5. ainda não tenho opinião formada sobre este assunto
36. A especialização é uma forma do profissional adquirir maior confiança após a graduação.
- 36.1. concordo plenamente
36.2. concordo em parte
36.3. discordo parcialmente
36.4. discordo plenamente
36.5. ainda não tenho opinião formada sobre este assunto
37. A especialização na área médica se dá fundamentalmente, pela impossibilidade de uma única pessoa deter todo o conhecimento nesta área.
- 37.1. concordo plenamente
37.2. concordo em parte
37.3. discordo parcialmente
37.4. discordo plenamente
37.5. ainda não tenho opinião formada sobre este assunto
38. A crescente especialização que está se dando na área da saúde até facilita o acesso do paciente ao tratamento. O custo adicional do tratamento, devido ao aumento do número de profissionais envolvidos no caso, é compensado pela sua maior qualidade.
- 38.1. concordo plenamente
38.2. concordo em parte
38.3. discordo parcialmente
38.4. discordo plenamente
38.5. ainda não tenho opinião formada sobre este assunto
39. Quando o profissional se especializa, as chances de errar no diagnóstico e tratamento diminuem, porque o profissional está mais apto a interpretar os resultados dos exames complementares fornecidos por equipamentos mais sofisticados.
- 39.1. concordo plenamente
39.2. concordo em parte
39.3. discordo parcialmente
39.4. discordo plenamente
39.5. ainda não tenho opinião formada sobre este assunto

40. O profissional ao se especializar consegue ter uma visão mais global do paciente. Relaciona com maior facilidade a sua especialidade com as demais.

- 40.1. concordo plenamente
- 40.2. concordo em parte
- 40.3. discordo parcialmente
- 40.4. discordo plenamente
- 40.5. ainda não tenho opinião formada sobre este assunto

Neste momento passaremos a abordar um outro tema. Você deve continuar a marcar as questões que mais se aproxima da sua opinião.

41. As melhores especialidades, para os homens são aquelas ligadas à área cirúrgica, à reabilitação do paciente, à cirurgia, radiologia, ortopedia, pois todas requerem rapidez no raciocínio, decisões rápidas, força física e pouco envolvimento emocional.

- 41.1. concordo plenamente
- 41.2. concordo em parte
- 41.3. discordo parcialmente
- 41.4. discordo plenamente
- 41.5. ainda não tenho opinião formada sobre este assunto

42. As mulheres que trabalham na área da saúde exercem a mesma quantidade de postos de trabalho que o homem.

- 42.1. Verdadeiro
- 42.2. Falso
- 42.3. ainda não tenho opinião formada sobre este assunto

43. As mulheres exercem o trabalho autônomo com a mesma frequência do que o homem.

- 43.1. Verdadeiro
- 43.2. Falso
- 43.5. ainda não tenho opinião formada sobre este assunto

44. A profissão ideal para as mulheres é aquelas que requer: paciência, dedicação, cuidados com enfermos e crianças.

- 44.1. concordo plenamente
- 44.2. concordo em parte
- 44.3. discordo parcialmente
- 44.4. discordo plenamente
- 44.5. ainda não tenho opinião formada sobre este assunto

45. Quando uma profissão passa a ser exercida por uma grande quantidade de mulheres, esta sofre um processo de desvalorização, refletida principalmente nos salários dos profissionais da área.

- 45.1. concordo plenamente
- 45.2. concordo em parte
- 45.3. discordo parcialmente
- 45.4. discordo plenamente
- 45.5. ainda não tenho opinião formada sobre este assunto

46. Na hora que uma mulher vai escolher sua profissão, ela tem que ter em mente que o seu papel primordial é o cuidado com os filhos.

- 46.1. concordo plenamente
 46.2. concordo em parte
 46.3. discordo parcialmente
 46.4. discordo plenamente
 46.5. ainda não tenho opinião formada sobre este assunto
47. A Medicina e a Odontologia são profissões boas para as mulheres porque elas podem arrumar emprego no serviço público com uma remuneração razoável e se dedicar a profissão parcialmente.
- 47.1. concordo plenamente
 47.2. concordo em parte
 47.3. discordo parcialmente
 47.4. discordo plenamente
 47.5. ainda não tenho opinião formada sobre este assunto
48. Para o homem, as profissões mais recomendadas são as que exigem espírito de liderança e o possibilite ter uma remuneração que possa manter a sua família.
- 48.1. concordo plenamente
 48.2. concordo em parte
 48.3. discordo parcialmente
 48.4. discordo plenamente
 48.5. ainda não tenho opinião formada sobre este assunto
49. A Medicina não é uma profissão adequada para as mulheres, pois requer do profissional grande dedicação e, conseqüentemente, deixa menos tempo para a permanência da mulher em casa, para cuidar dos filhos e do marido.
- 49.1. concordo plenamente
 49.2. concordo em parte
 49.3. discordo parcialmente
 49.4. discordo plenamente
 49.5. ainda não tenho opinião formada sobre este assunto
50. A Odontologia é uma profissão adequada para as mulheres, pois elas podem, inclusive, montar o seu consultório em casa.
- 51.1. concordo plenamente
 51.2. concordo em parte
 51.3. discordo parcialmente
 51.4. discordo plenamente
 51.5. ainda não tenho opinião formada sobre este assunto
51. O crescente número de mulheres que procuram as profissões de saúde, como a Medicina e a Odontologia, não deve causar preocupação. Estas profissões gozam de prestígio junto à população, independente do sexo de quem a exerça.
- 51.1. concordo plenamente
 51.2. concordo em parte
 51.3. discordo parcialmente
 51.4. discordo plenamente
 51.5. ainda não tenho opinião formada sobre este assunto
52. As mulheres e os homens, que trabalham na área da saúde detêm a mesma jornada de trabalho.
- 52.1. Verdadeiro

- 52.2. Falso
- 52.3. ainda não tenho opinião formada sobre este assunto
53. As mulheres que trabalham na saúde detêm os mesmos rendimentos do trabalho do contingente masculino.
- 53.1. Verdadeiro
- 53.2. Falso
- 53.3. ainda não tenho opinião formada sobre este assunto